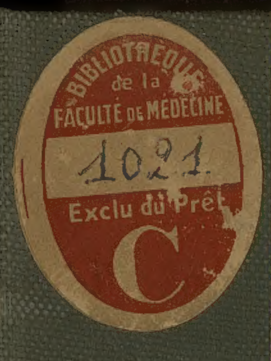
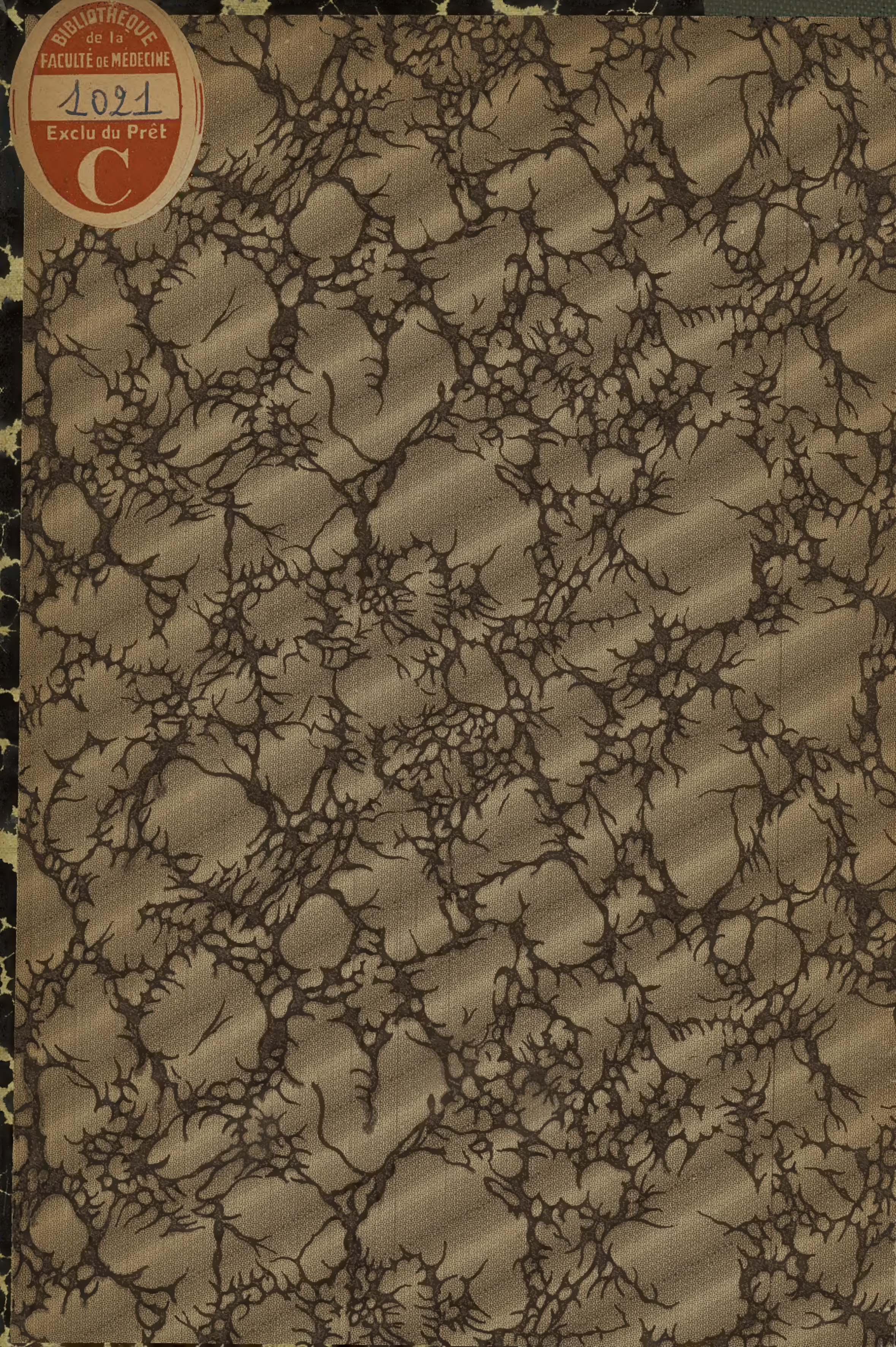
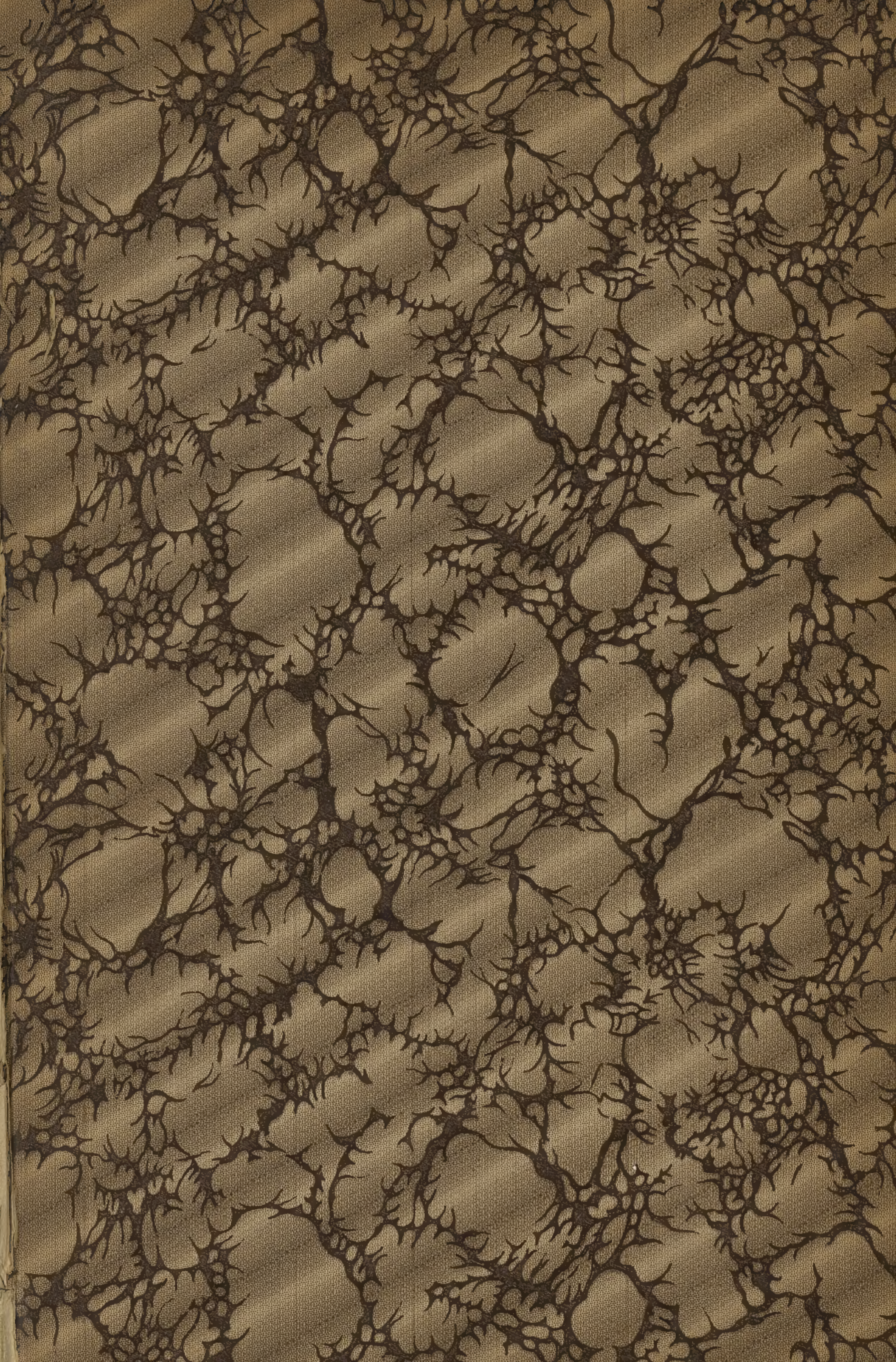

BIBLIOTHEQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
1021
Exclu du Prêt
C


BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
1021
Exclu du Prêt
C



DE FOURMESTRAUX

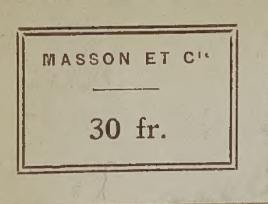
HISTOIRE
DE LA
CHIRURGIE FRANÇAISE
(1790-1920)

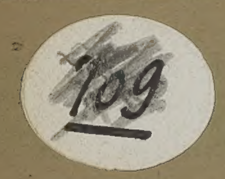
Préface du Professeur J.-L. FAURE





MASSON ET Cie
PARIS


MASSON ET Cie
30 fr.


109

HISTOIRE

DE LA

CHIRURGIE FRANÇAISE


CONSILIOQVE
MANVQVE

I. de FOURMESTRAUX

HISTOIRE
DE LA
CHIRURGIE FRANÇAISE
(1790-1920)

Préface du Professeur J. L. FAURE



MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS VIe
1934

PRÉFACE DU PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

L'HISTOIRE *de la chirurgie contemporaine est passionnante, en raison même de la transformation totale qu'elle a subie dans le cours du siècle dernier. Il fallait pour la mener à bien un homme de haute culture, avec une connaissance profonde de l'art chirurgical, qui lui donne le droit de juger. Mon ami* DE FOURMESTRAUX *possède l'une et l'autre, et c'est ce qui donne tant d'intérêt à l'œuvre si documentée qu'il nous donne aujourd'hui.*

Le XIXe *siècle, si grand par tant de côtés et qui a transformé le monde, a vu se produire dans la chirurgie des bouleversements inouïs. Il l'a prise, à ses débuts, cruelle, meurtrière et presque encore dans l'enfance. Il l'a laissée, à sa fin, bienfaisante et salutaire, dans un état de perfection presque absolue qu'elle ne dépassera plus.*

L'histoire de cette évolution magnifique est reconstituée dans ce livre, avec la part qui revient aux hommes qui en ont été les animateurs et parfois même les héros.

L'auteur, lorsqu'il le fallait, est remonté aux sources, aux travaux originaux, aux anecdotes pittoresques qui souvent peignent un homme en quelques mots. Il a fait revivre les grandes figures des chirurgiens du siècle dernier avec tout son talent et toute son autorité. Il s'est

interdit, comme il était naturel, de parler des vivants. Mais pour tous ceux que j'ai connus, et qui sont entrés dans la mort, il a dit ce qu'il fallait dire avec justice, avec compétence, avec loyauté !

L'histoire de la chirurgie française est passionnante.

C'est la reconstitution des Ecoles de santé, après la tourmente révolutionnaire, qui avait fait table rase des institutions de l'ancien régime. Ce sont les grandes heures de la chirurgie militaire pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire. C'est la période d'études cliniques et anatomo-pathologiques, qui précéda l'anesthésie et fut une des causes premières des accidents d'infection qui s'installèrent d'une façon permanente dans les hôpitaux, s'accentuant encore avec la multiplication des opérations par le miracle de l'anesthésie, et conduisant à l'époque la plus affreuse de la chirurgie, jusqu'au jour où Pasteur et Lister jetèrent les fondements inébranlables de la période moderne !

Ce fut enfin l'antisepsie, l'asepsie, toutes les grandes choses auxquelles nous avons participé et qui font revivre leur jeunesse à ceux d'entre nous qui voient arriver les derniers jours de leur carrière !

Ce beau livre se termine par un chapitre très intéressant sur l'avenir de la chirurgie. De Fourmestraux *est plein d'espoir, et la voit progressant sans cesse. Il a raison, car il ne faut jamais désespérer. Mais je n'en reste pas moins convaincu que ce que j'ai écrit sur ce sujet, il y a des années, reste profondément vrai. Nous sommes arrivés à l'apogée de la chirurgie opératoire. Car seule la chirurgie opératoire est digne de ce beau nom. C'est le travail de la main guidée par le cerveau. Tout le reste, tout ce qu'on veut y faire entrer aujourd'hui n'est qu'une forme de*

la médecine. Mais la chirurgie est la chirurgie, — et son laboratoire est la salle d'opérations.

Sous ce rapport nous avons tout fait ! Nous avons assisté, depuis un demi-siècle, à l'ascension prodigieuse de la technique des interventions sur le corps humain. Nous n'irons pas plus loin. Nos fils n'assisteront qu'à des progrès insignifiants à côté de ceux que nous avons vus. Sans doute il y aura quelques perfectionnements, quelques indications nouvelles dans la chirurgie glandulaire, dans la chirurgie cérébrale, dans la chirurgie sympathique.

Mais je ne pense pas que ce soit en faisant un stage prolongé dans les laboratoires de physiologie que les chirurgiens de l'avenir feront avancer leur art. La physiologie aux physiologistes et la chirurgie aux chirurgiens. Et je continue à penser que, précisément en raison des progrès de la physiologie, de l'endocrinologie, de la mécanothérapie et surtout de la thérapeutique par les agents physiques, la chirurgie perdra de plus en plus de ce qui fait aujourd'hui sa grandeur. Que deviendra la chirurgie quand elle n'aura plus à opérer les fibromes, guéris par les radiations, les annexites guéris par la vaccinothérapie, les ulcères de l'estomac, que nos connaissances de plus en plus précises de leurs causes et de leur nature nous permettront peut-être de guérir médicalement. Que deviendra la chirurgie, quand elle n'aura plus à exercer ses magnifiques qualités actuelles contre les assauts du cancer, que la thérapeutique physique ou chimique guérira peut-être quelque jour ? Non ! non ! ce jour-là la chirurgie sera découronnée, je l'ai dit et je le maintiens, et ce n'est pas l'étude de la physiologie expérimentale qui la fera revivre !

Que cela ne nous empêche pas de travailler encore, de travailler toujours. Inclinons-nous, nous qui sommes

venus les derniers, nous qui avons participé aux grandes luttes de la période héroïque que nous avons connue, inclinons-nous devant les travaux de ceux qui nous ont précédés, et laissons à ceux qui nous suivent l'exemple que nous avons donné. Ils ne connaîtront sans doute ni nos craintes, ni nos angoisses, et nous pouvons même espérer qu'un jour viendra où quelque vaccin souverain contre l'infection les délivrera du drame affreux de la mort post-opératoire. Et la chirurgie, tout de même, vivra encore de beaux jours. Mais ceux qui viendront après nous et les enfants de nos enfants ne vivront pas les grandes heures que nous avons vécues.

J.-L. Faure

INTRODUCTION

Les travaux d'ensemble consacrés à l'histoire de la chirurgie contemporaine sont peu nombreux. L'ouvrage de Rochard reste le maître livre, mais date de soixante ans et commence à Bichat pour s'arrêter à Pasteur. Il existe certes des études éparses, monographies isolées, panégyriques solennels de Pariset ou de Dubois à l'Académie de médecine, éloges présentés à la Société de Chirurgie par le secrétaire général en exercice. Les pages dues à Reclus, Segond, Lejars, Jean-Louis Faure, Lenormant, constituent des documents d'une haute tenue littéraire, que relisent avec joie ceux d'entre nous qui n'ont pas borné leur horizon aux murs de leur salle d'opération. Les monographies médicales parues sous la signature de Bousquet, puis de Genty, présentent un réel intérêt et une source de renseignements précieux. Le livre de Lecène, sur l'Evolution de la Chirurgie, depuis l'antiquité jusqu'à la période actuelle ; essai de synthèse d'une lecture facile, apparaît plutôt comme un ouvrage de vulgarisation scientifique et c'était là je crois son but, qu'une étude documentée s'adressant aux seuls médecins.

Nous reprendrons l'histoire de la chirurgie française à la veille de la disparition de l'Académie Royale 1793, pour nous arrêter en 1920, au lendemain de la guerre.

Heures tragiques de la Révolution où le seul Desault, assisté de son glorieux disciple Bichat, dans les salles du vieil Hôtel-Dieu, non seulement continuait la tradition de l'enseignement de Louis, de Sabatier, de Ferrand

et des maîtres du XVIII[e] siècle ; mais dans un Paris atteint de folie démagogique et sanglante, instaurait un enseignement clinique au lit du malade, dont le principe ne fut guère modifié pendant de longues années.

Heures de gloire et de misère de l'épopée, la victoire enchaînée à la hampe des aigles. Percy et Larrey, soldats sans peur, médecins sans reproche, dont les figures égalent et dépassent celles des maréchaux de l'Empire. L'enseignement clinique a presque complètement disparu.

Heures calmes de la Restauration. Louis XVIII, Charles X, premières années du règne du Roi Citoyen ; un jeune chirurgien qui avait été un des derniers élèves de Desault, et qui s'appelait Guillaume Dupuytren, va donner à la Clinique française une renommée qui s'étendra au delà des limites étroites de notre pays. A ses côtés, un médecin égaré dans la chirurgie, Récamier, opérateur audacieux, esprit réalisateur d'une profonde originalité. A la même époque, les travaux de Laennec vont constituer une claire préface à l'étude de la médecine expérimentale et avoir une influence indirecte mais précise sur l'évolution chirurgicale. Le maître de l'Hôtel-Dieu écrase du poids de sa renommée et de son autorité, ceux qui furent ses contemporains et ses disciples, Sanson, Roux, Lisfranc, Marjolin..

Dans les années qui suivent la mort de Dupuytren, à l'aube du tourment romantique, il semble qu'il y ait eu vraiment en France un arrêt dans l'évolution de la chirurgie. L'enseignement brumeux de Broussais, le breton têtu, père de la médecine dite physiologique, qui régnait au Val-de-Grâce, a une influence bien fâcheuse sur les chirurgiens d'alors qui presque tous s'étaient ralliés à sa doctrine !

Dix années plus tard, en 1846, découverte de l'anesthésie générale qui va singulièrement élargir le cadre de

la médecine opératoire et permettre la réalisation technique, des interventions les plus audacieuses.

La période, qui s'étend depuis le moment où l'anesthésie se généralise jusqu'à la guerre de 1870, comprend des hommes de très haute valeur, comme Jobert, Maisonneuve, Nélaton, Chassaignac, médecins instruits, techniciens habiles mais qui avaient des échecs opératoires effroyables, tandis que l'infection purulente sévissait dans les hôpitaux de Paris. Quelques précurseurs cependant, comme Sedillot, Koeberlé à Strasbourg, obtenaient des résultats supérieurs à ceux de leurs contemporains en opérant loin des hôpitaux universitaires.

A ces jours lugubres, succèdent les matins clairs qu'illuminent les découvertes géniales de Pasteur. A la suite de Lister ; Alphonse Guérin, Lucas-Championnière, bientôt suivis de la cohorte des pèlerins passionnés d'Edimbourg, suivent la technique que le Maître décrit avec une extrême précision de détails et ouvrent la voie à la chirurgie contemporaine.

Entre 1880 et 1895, époque de réalisation, la plus féconde au point de vue des résultats immédiatement tangibles, les chirurgiens, sous la double égide de l'anesthésie et de l'antisepsie, avaient banni la douleur et guérissaient leurs malades. Ils connaissent la cause réelle de l'infection et ils la suppriment en pratique. Les interventions sur le tube digestif, sur les organes génito-urinaires par la voie abdominale, deviennent chose banale. La gynécologie relève de la seule chirurgie. Péan et Doyen en précisent les règles, qui depuis lors n'ont dans l'ensemble subi que des modifications de détail.

Les rites du culte listérien, que le seul Lucas-Championnière applique de façon heureuse mais sans grande modification, sont malgré tout compliqués, et beaucoup

de chirurgiens abandonnent l'acide phénique et simplifient leur manuel opératoire. La pratique antiseptique quelques années avant la fin du siècle, subit un assaut victorieux. L'étuve sèche, l'autoclave, la généralisation du gant de caoutchouc, vont permettre la réalisation d'une technique purement aseptique, qui n'a guère depuis quarante ans, été modifiée et est restée telle que l'avaient établie Terrier et ses élèves.

A la veille de la guerre, unification des procédés. Règle de conduite qui est la même chez presque tous les chirurgiens qui, de par le vaste monde, opèrent en employant le même matériel, les mêmes gants, la même étuve. Les uns seront plus heureux, d'autres plus audacieux ; dans l'ensemble, les résultats ne seront guère différents. Il paraît cependant équitable d'admettre que la chirurgie française, façonnée à la rude et stricte école anatomique de Farabeuf, marque une supériorité réelle de par la simplicité même de ses procédés opératoires, sur la chirurgie étrangère qui trop souvent reste sous l'influence de la culture germanique et de sa discipline étroite, plus apparente que réelle.

A la suite de Montprofit, de Témoin, de Delagénière décentralisation chirurgicale. On fait partout d'utile besogne, non seulement dans les centres d'enseignement universitaires des Facultés ; mais dans l'ensemble du territoire, aux vieilles colonies et aux limites extrêmes de la plus grande France.

Née de la volonté du bordelais Demons, l'Association française de chirurgie, réunit dans ses congrès annuels la plupart des chirurgiens de province, éloignés des centres universitaires. Les solitaires, dont Témoin en quelques pages admirables a retracé le rôle bienfaisant, y viennent chaque année retrouver une énergie nouvelle.

Quand le redressement de l'organisation sanitaire aux

armées dans les années 1915 et 1916, permit au Corps de Santé de donner le meilleur de lui-même, ces hommes furent rapidement des chefs de service ou d'équipes chirurgicales qui contribuèrent, à côté de leurs collègues des Facultés, à la réalisation d'une organisation technique supérieure à celle des armées adverses.

Nous terminerons ce travail au lendemain de la guerre.

S'il n'est pas exact de dire, que l'on ne doit la vérité qu'à ceux qui ne sont plus, il est logique de penser qu'il est parfois difficile de dire ce que l'on croit être la vérité aux vivants.

Notre art magnifique est-il arrivé au sommet de sa courbe créatrice pour voir son domaine se rétrécir chaque jour, comme l'a dit J.-L. Faure ; ou bien au contraire, la chirurgie doit-elle progresser encore, sans quitter sa précision anatomique, mais en évoluant vers des destinées physiologiques ?

Il semble bien que l'étude de la chirurgie d'hier, puisse nous donner quelque clarté sur ce que sera la chirurgie de demain...

Si l'étudiant, qui ne sait rien de l'histoire de la médecine, apprend en lisant ce livre à connaître une partie de la vie de nos grands ancêtres, s'il veut bien se souvenir que les morts gouvernent les vivants, peut-être voudra-t-il bien convenir avec Auguste Comte, que l'on connaît bien mal une science dont on ignore l'histoire.

Je ne sais, si le lecteur, éprouvera quelque plaisir, en parcourant ce travail, qui comporte, certes, des omissions peut-être des erreurs. En le rédigeant, aux soirs d'un dur labeur chirurgical ; persuadé que l'historien, dans la recherche inlassée de la vérité, doit s'éloigner du chœur pathétique des poètes, j'ai pour ma part, en étudiant la vie de ceux auxquels personne ne pense plus, goûté des joies sans amertume.

I

LA CHIRURGIE FRANÇAISE PENDANT LA REVOLUTION, LE DIRECTOIRE ET L'EMPIRE

SOMMAIRE. — *Disparition de l'Académie Royale 1793. Desault, Bichat, Lassus, Sabatier, Deschamps, Pelletan, A. Dubois, A. Boyer, Moreau. — Rétablissement des Ecoles de Médecine 1794. — Les guerres de l'Empire. Percy. Larrey.*

La chirurgie française avait vécu des heures claires à l'époque de la splendeur de l'Académie Royale constituée par lettres patentes de Louis XV à la date du 2 juillet 1748, mais qui, en réalité avait tenu ses premières séances en 1731.

Pendant les soixante-deux années de son existence, sous la présidence de droit et de fait du premier chirurgien du Roi, elle publia dix volumes de mémoires qui présentent encore un intérêt réel (1). Il est certain que si les hommes qui s'appelaient Maréchal, La Peyronnie, Jac-

(1) *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, chez Alex le Prieur, imprimeur du Roy, r. St-Jacques à l'Olivier, 1763.

ques Croissant de Garengeot, Morand, Petit, Le Viel, Lamartinière, Louis, chirurgiens propres et qui faisaient de l'asepsie sans le savoir, en opérant à bout de pinces, sans souiller les manchettes de dentelle de leurs habits, avaient eu à leur disposition l'anesthésie générale, ils auraient dès cette époque, tenté et réussi les grandes entreprises de la chirurgie viscérale.

L'Académie Royale avait donné à la médecine française un lustre incomparable. Les progrès de celle-ci furent si rapides, a écrit Voltaire, qu'on venait à Paris des bouts de l'Europe pour toutes les cures et opérations qui demandaient une dextérité peu commune [1]. Cette renommée durait encore au début du XIX[e] siècle, et Richerand raconte, qu'en 1815 les médecins des armées étrangères amenés dans nos murs par les évènements de la guerre, demandaient avec insistance qu'on les conduisît dans le sein de ce corps célèbre dont ils s'honoraient d'être les disciples, et que ce ne fut pas pour eux une médiocre surprise que d'apprendre qu'il n'existait plus [2]. L'Académie avait sombré dans la tourmente révolutionnaire.

Le 18 août 1793, sur la proposition de Grégoire, rapporteur au Comité d'instruction publique, la dissolution de toutes les Académies ou Sociétés littéraires, patentées ou dotées par la Nation, écoles de servilité, avait un jour déclaré Mirabeau, fut un fait accompli.

Le 22 août, Sabatier, le dernier président de l'Académie, levait la séance afin de prouver sa soumission et son res-

---

(1) LENORMANT, Deuxième centenaire de l'Académie Royale de Chirurgie, *Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 35, 24 décembre 1931.

(2) *Histoire des progrès récens de la chirurgie*, par le Chevalier RICHERAND, chez Béchet jeune, place de l'Ecole de Médecine, p. 277, 1825.

pect pour les décrets de la Convention Nationale. La République n'avait pas besoin de savants. Quelques mois plus tard, l'accusateur public n'hésitait pas à envoyer à l'échafaud le fermier général Lavoisier [1] et en cette fin d'août, de lugubre mémoire, il était sage pour la docte Assemblée née de la volonté du Bien-Aimé, de fermer ses portes.

Le nivellement par en haut avait été complet, l'égalité apparente stricte ; mais on s'aperçut vite, quand commença la période d'organisation, après la folie de destruction, que médecins et chirurgiens, constituaient un rouage indispensable dans la vie d'une nation ; argument sans réplique ; enfin, les armées de la République manquaient d'officiers de Santé. Six cents d'entre eux, étaient morts ou disparus au service de la France, au milieu des soldats, qui de la Sambre au Rhin, défendaient le printemps sanglant des trois couleurs.

Fourcroy, ancien régent de la Faculté et membre de la Convention, fort de cet argument, put demander le rétablissement des Ecoles de Médecine. Celles-ci furent ouvertes à nouveau par la loi du 14 frimaire de l'an III (décembre 1794) à Montpellier, Strasbourg et Paris. La Faculté, qui prit le nom d'Ecole de Santé, s'installa rue Jean de Beauvais alors que pendant quatre siècles, elle avait occupé les maisons comprises entre les rues de la Bucherie, du Fouarre et des Rats. Elle reprit également possession des locaux occupés par l'Ecole de Chirurgie et d'une partie du couvent des Cordeliers, sur l'emplacement desquels s'élève aujourd'hui l'Ecole Pratique.

L'Académie Royale sombra dans la bourrasque révolu-

(1) Lavoisier, né à Paris en 1743 fut guillotiné le 14 floréal de l'an II.

tionnaire ; mais lorsque le décret du 14 frimaire de l'an III eut rétabli l'enseignement médical, furent constituées la Société de Médecine, 2 germinal de l'an IV (22 mars 1796) et quelques mois plus tard, le 5 messidor (23 juin 1796) la Société médicale d'émulation. Le 12 fructidor de l'an VIII, le ministère de l'Intérieur autorisa l'Ecole de Santé à s'adjoindre quinze associés pris hors de son sein et résidant à Paris. Les membres de l'Ecole et leurs adjoints devaient former la Société de l'Ecole de médecine de Paris. La première séance de celle-ci, eut lieu le 29 vendémiaire de l'an IX, sous la présidence de Sabatier, doyen d'âge ; Bichat, qui était le membre associé le plus jeune, remplissait les fonctions de secrétaire. Ses collègues étaient les citoyens Alibert, Audry, Auvity, Chaptal, Cuvier, Deschamps, Huzard, Jadelot, Jussieu, Laporte, Tessier et Vauquelin.

Pendant cette période trouble de l'histoire de notre pays, sans se soucier des émeutes qui venaient battre les portes du vieil hôpital, un homme instaura en France l'enseignement clinique au lit du malade ; c'est le franc-comtois Desault qui, après un séjour de trois années à la Charité, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à 44 ans, à la mort de Ferrand, fit pendant huit ans preuve d'une bienfaisante activité. Né en 1744, il mourut en 1795. Son influence fut considérable ; plus de six cents élèves s'inscrivirent dans son service et parmi ceux-ci un jeune étudiant échappé aux massacres de Lyon où il avait été le disciple de Marc-Antoine Petit et qui s'appelait Bichat. Ce dernier rapporte dans le Journal de Chirurgie de Desault (1792), la façon dont fonctionnait la clinique de l'Hôtel-Dieu. Chaque jour, dit-il, la séance s'ouvrait par une séance publique où n'étaient admis que les indigents du dehors. Les élèves lisaient ensuite l'observation exacte et détaillée

de tous les malades intéressants qui devaient sortir dans la journée et étaient confiés à leurs soins. En se formant eux-mêmes ils contribuaient à l'instruction de leurs camarades. La troisième et principale partie de la leçon était consacrée aux opérations, chacune était précédée d'une dissertation sur l'état du malade. On transportait ensuite celui-ci à l'amphithéâtre où Desault aidé par les chirurgiens internes, l'opérait en présence de tous les élèves. Aux interventions succédaient des détails raisonnés, donnés par le professeur. L'ouverture des cadavres formait un des derniers objets de la séance qui était terminée par une leçon dogmatique sur un point particulier de pathologie. C'était là tout un programme et la réalisation d'un enseignement méthodique qui explique le succès de la clinique de l'Hôtel-Dieu.

L'œuvre écrite de Desault se borne à peu de chose. Son *Traité des maladies chirurgicales* publié, en collaboration avec Chopart [1], mort au début de l'an III, et dont le nom est resté attaché au procédé de désarticulation médio-tarsienne, paraît en réalité avoir été rédigé par ce dernier, et ses œuvres publiées par Bichat en 1798, semblent bien porter l'empreinte du lumineux génie, qui au cours d'une vie brève et douloureuse, fit preuve d'une prodigieuse activité.

Xavier Bichat, né en 1771, à Thoirette-en-Bresse, mort à 31 ans en 1802, suivit, dès son arrivée à Paris, le service de l'Hôtel-Dieu. Anatomiste, l'auteur du *Traité des membranes*, et des *Recherches physiologiques sur la vie et la*

[1] *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, par MM. Chopart et Desault, professeurs à l'Ecole pratique de chirurgie, chez les auteurs, rue St-Martin, près celle des Ménétriers, et rué des Lavandières, près celle des Noyers, 1779.

mort, fut aussi un chirurgien, pendant six ans, élève et collaborateur de Desault, qu'il assistait dans presque toutes ses interventions. Il vivait du reste chez son maître, et il semble bien que celui-ci eut pour lui une touchante affection. C'est après sa mort en 1795, que Bichat se consacra de façon exclusive à l'anatomie, et c'est seulement après la publication des œuvres de Desault qu'il fit paraître le résultat de ses *Recherches physiologiques* en 1799 et son *Anatomie générale* en 1801. Bichat mourut le 3 thermidor de l'an X. Personne, en aussi peu de temps, disait Corvisart, qui l'assista à ses heures dernières, n'a fait autant de choses et aussi bien.

Lassus, professeur de pathologie externe lors du rétablissement des Ecoles de Santé, publia en 1795, un *Traité de médecine opératoire*, qui reflète de façon fidèle l'enseignement de l'Académie royale. Nommé chirurgien consultant de Napoléon Ier, il mourut quelques mois plus tard en 1807.

Un étudiant en médecine de dix-huit ans, Guillaume Dupuytren suivit dès son arrivée à Paris, le service de Desault, où il reçut les conseils de Bichat. Chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu à vingt-six ans, il ne devait plus quitter cet hôpital au cours de sa brillante carrière. Il y fut chirurgien en second sous Pelletan, élève de Tenon et de Louis, qui, né en 1747, et mort en 1829, pratiqua un enseignement moins brillant et moins suivi, que celui de son prédécesseur.

Sabatier avait 63 ans à la mort de Desault, il s'effaça devant Pelletan, et ne revendiqua pas la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il parut du reste s'accommoder sans trop de peine, de la tutelle des gouvernements qui se succédèrent pendant sa longue existence. Sous l'ancien

régime, il avait été chirurgien des Invalides, après son beau-père Morand, puis professeur de médecine opératoire et inspecteur du service de Santé aux armées. Il mourut à 81 ans, après que l'Institut lui eut ouvert ses portes et que l'Empereur l'eut mis au nombre de ses chirurgiens consultants.

Deschamps, né à Chartres en 1740 et mort en 1824, fut chirurgien de la Charité, et vécut sans éclat, les heures rouges de la Révolution, pendant lesquelles il rédigea un *Traité historique et dogmatique de la taille* en quatre volumes, 1794.

Alexis Boyer, eut également une existence calme, dans cette période de vie ardente. Chirurgien-adjoint de la Charité, sous les ordres de Deschamps, professeur de pathologie externe, Napoléon le nomma son premier chirurgien et le fit Baron de l'Empire. Membre de l'Académie de Médecine, il fut successivement chirurgien consultant de Louis XVIII, Charles X et Louis-Philippe. Né à Uzerches en Limousin en 1757, il s'éteignit en 1833, dans sa soixante-seizième année après avoir traversé toutes les phases de nos révolutions, sans en ressentir le contrecoup [1]. Son œuvre scientifique est cependant réelle. Sous le Directoire il publia un *Traité d'Anatomie* en quatre volumes, et un *Traité des maladies chirurgicales* en deux volumes, en 1816. S'il servit tous les régimes avec une égale conscience, ne donnait-il pas à ses contemporains une douce leçon de philosophie optimiste, quand il déclarait à un de ses amis le soir de l'abdication du maître de l'heure en 1815 « Je perds ma dotation et ma place de premier chirurgien, j'ai cinq chevaux, j'en vendrai trois,

[1] Rochard, *Chirurgie française du* XIX[e] *siècle*, Baillière, 1875, p. 17.

je garderai la voiture qui ne me coûte rien, je lirai ce soir un chapitre de Sénèque et je n'y penserai plus... »

Beaucoup moins calme, fut l'existence de Dubois, né à Gramat, dans le Quercy en 1756. Après avoir été clerc d'huissier dans son pays natal, débardeur à son arrivée à Paris, puis clerc à Saint-Germain l'Auxerrois où il porta le petit collet et fut tonsuré, il fit ses études médicales dans des conditions pénibles.

N'écrivait-il pas à son ami Denucé, le 25 avril 1782 (1) « Mon existence fut assez extraordinaire ; d'abord malheureux aventurier, je devins clerc de procureur, de notaire, de greffier au parlement, abbé tonsuré, étudiant en médecine, étudiant en droit... » La vie lui fut plus facile le jour où le grand chef d'école que fut Desault, l'attacha à son service en 1783 comme prévôt d'accouchement. A 27 ans, il était suppléant de Baudelocque et professeur libre d'anatomie. C'était un chirurgien habile, dit Véron, dans les *Mémoires d'un Bourgeois de Paris* en 1856. Il tutoyait tout le monde, il y avait en lui du républicain, mais du républicain ambitieux ; il portait toujours le même costume, un habit à larges basques, un gilet de coupe républicaine, un pantalon presque collant, des bottes à mi-jambes garnies d'un liseré de velours. « Mon costume, disait-il, ne va jamais chercher la mode : mais la mode vient quelquefois chercher mon costume. » A la demande de Bertholet, il fit partie du personnel qui accompagna Bonaparte en Egypte, mais il rentra, semble-t-il, sans regret en France quelques mois après son départ. Sur la proposition de Chaptal, il fut nommé en 1802, chirurgien d'un nouvel hôpital que le Conseil général des

(1) Busquet, *Les bibliographies médicales*, Baillière, Paris, 1929.

hospices venait de créer rue du Faubourg Saint-Martin, pour recevoir des malades payants à raison de trente sols par jour. Il s'acquit là une popularité très réelle et la Maison Dubois a gardé le nom de son premier chirurgien. Ses titres scientifiques n'ont pas laissé de traces précises. Elève de Baudelocque, il fut surtout un accoucheur. Chirurgien de l'Empereur depuis 1808, Napoléon le désigna en 1810 pour assister Marie-Louise lors de ses couches. La naissance du Roi de Rome fut pénible, accouchement dystocyque, si l'on s'en rapporte à Dubois d'Amiens ; présentation du siège qui nécessita une version, puis un forceps, avec un enfant en état de mort apparente [1]. Nommé baron de l'Empire, il ne semble pas qu'il fut mis en disgrâce à la chute des Aigles.

Lors de l'assassinat du duc de Berry en 1820, il fut un des chirurgiens consultants appelés par le Roi, et tandis que Louis XVIII demandait tout bas « *Superest ne spes aliqua salutis* » il répondit dit-on « *necem sine solutum* » tandis que Dupuytren qui n'était pas un humaniste averti, se taisait avec prudence. Si l'on en croit toutefois ses biographes, dans le même temps il n'adressa aucune condoléance à la duchesse de Berry, et de plus, très chauve, il avait conservé sa calotte de soie sur la tête, ce que ne lui pardonna pas la future comtesse de Luchesi Palli.

Quoi qu'il en soit, Dubois, dernier professeur nommé sous l'ancien régime, tout comme Boyer, connut également les faveurs de Napoléon, Louis XVIII, Charles X et de Louis-Philippe. Il mourut à 81 ans, après avoir été doyen de la Faculté, avant Orfila. Neuf ans avant sa mort

(1) Dubois (d'Amiens), Eloge d'Antoine Dubois, *Mémoires de l'Académie de Médecine* (t. XV, p. 1).

il avait été opéré d'un calcul vésical, par Civiale, le chirurgien urinaire aux heureuses audaces.

Dans les dernières années de sa vie, il accepta la mission délicate qui consista à examiner la duchesse de Berry, enceinte et internée à Blaye, après sa folle équipée. On lui reprocha beaucoup, comme au maréchal Bugeaud, qui jouait le rôle encore plus délicat de geôlier, d'avoir accédé à la demande du gouvernement de Louis-Philippe. Cela ne l'empêcha du reste pas, jusqu'à ses derniers jours, d'avoir une importante clientèle. Dupic, son biographe, rapporte Fosseyeux, a retrouvé un curieux petit carnet où il inscrivait ses visites, dont le prix était fixé à vingt francs. Comme il estimait avec juste raison que le secret médical ne devait pas être violé, il n'inscrivait jamais le nom de ses clients, mais la particularité qui devait préciser leur souvenir dans son esprit : la dame ennuyeuse et flatteuse... le malheureux réfugié espagnol... cette belle dame qui a un mari militaire et un écoulement...

Il faut convenir que durant cette période de trente ans qui s'étend de la disparition de l'Académie royale de Chirurgie à 1820, c'est-à-dire à Dupuytren, Récamier et leurs contemporains, la Faculté de Médecine fut loin de jouir de la renommée qu'avait attirée à la France l'Académie dans sa période brillante. Pas de progrès réels, peu de découvertes précises, si l'on en excepte toutefois les résultats heureux obtenus par ces novateurs hardis, que furent les Moreau, de Bar-sur-Ornain, et encore le premier de ceux-ci, Moreau le père appartient à la fin du XVIII[e] siècle. C'est que le cœur de la France battait ailleurs qu'à Paris. De 1790 à 1815, dans la folle et héroïque épopée que vécut notre pays dans ces années sanglantes, tout ce que la nation comptait de meilleur, les plus géné-

reux de ses fils étaient embrigadés avec enthousiasme, ou sans joie, dans les légions qui, de l'Espagne à la Vistule, imposaient la loi française.

A l'armée, deux hommes Percy et Larrey. Leurs vies, unies à celle du maître de l'heure, ne leur permirent pas la réalisation de travaux de longue haleine, nés dans le calme de la bibliothèque ou dans l'ambiance d'une jeunesse hospitalière ardente, qui exalte l'enthousiasme des maîtres. Dans leurs œuvres toutefois, dans leurs mémoires, écrits au soir de l'action, au bivouac entre deux batailles, on retrouve une série d'observations cliniques, la description de procédés opératoires nouveaux et de valeur réelle.

Percy avait douze ans de plus que Larrey. Il était né dans la Haute-Saône, à Montagney en 1754 ; docteur en médecine à 21 ans, après avoir servi à la Compagnie Ecossaise de Lunéville, puis au régiment de Berry cavalerie en 1782, il avait publié en 1792 un *Manuel de chirurgie d'armée*. Quelques mois avant sa disparition, il fut nommé membre associé de l'Académie Royale, où il avait dans les années antérieures, présenté plusieurs mémoires. Pendant les guerres de la Révolution, il fut successivement chirurgien en chef de l'armée de Flandre et de l'armée du Rhin. Inspecteur du Service de Santé en même temps que Larrey et Horteloup, membre de l'Institut après la mort de Lassus, baron de l'Empire après Wagram. Atteint d'une ophtalmie grave, il ne put faire la campagne de Russie et ne reprit du service qu'à Waterloo. Il mourut en 1825. Toute sa vie, il lutta pour améliorer les conditions matérielles et morales du Service de Santé aux Armées.

Percy était entré dans les cadres de la médecine mili-

taire à une époque où cette dernière jouissait d'une autonomie réelle. Sous l'influence heureuse de l'Académie, le Corps de Santé aux Armées, avait subi dans les dernières années du règne de Louis XVI d'utiles modifications. L'ordonnance de 1778, qui en établissait le statut avait été conçue avec un remarquable sentiment d'équité et de justice : Directoire des hôpitaux et Conseil de Santé responsables. Ce dernier comprenait douze médecins, qui avaient pour mission d'étudier toutes les réformes utiles à apporter à la bonne organisation des services. Ce Conseil de Santé devait renseigner l'Administration royale sur les moyens d'améliorer l'instruction des élèves et proposer l'avancement. L'élément médical et l'élément militaire y avaient une importance égale. L'ordonnance de 1778 ne devait avoir qu'une existence éphémère ; mais pas plus que dans l'organisation générale de l'armée, il n'y eut dans la tourmente révolutionnaire de bouleversements profonds.

La Convention fut victorieuse avec les cadres de l'armée royale... Les décrets-lois de 1792 et 1793, reproduisent dans les grandes lignes l'ordonnance de 1778. Le Directoire du Service de Santé fut toutefois supprimé, le Conseil eut plein pouvoir. Il ne comprenait plus que neuf membres, trois médecins, trois chirurgiens et trois pharmaciens qui apparaissaient pour la première fois sur le même rang que les autres membres du Conseil ; parmi eux se trouvait Parmentier [1]. Le Conseil de Santé cor-

---

[1] Parmentier, Auguste-Antoine (1737-1813), né à Montdidier, mort à Paris. Connu surtout par ses travaux sur la fabrication du pain et la culture de la pomme de terre. Entré comme apothicaire au service des armées du Roi, il prit part à la guerre de Sept Ans avant d'être nommé apothicaire en chef des Invalides. La Convention le maintint dans ses fonctions de membre du Service de Santé.

respondait directement avec le ministre, présentait ses candidats dont il appréciait la valeur technique. Ces derniers devaient obtenir un certificat de civisme. Ceci pour certains d'entre eux pouvait être pénible et les détails de la procédure à l'obtention de celui-ci méritent d'être rapportés.

A chaque officier de Santé en service aux armées, 1792-1795, était envoyé un pli cacheté qu'il devait remettre à la municipalité du lieu où ce message lui par viendrait, celle-ci devait en faire l'ouverture devant deux membres du district ou de la Société populaire locale. Les deux questions incluses dans ce pli étaient communiquées au candidat qui, enfermé sans livre et sans note devait y répondre sur-le-champ.

Percy, chirurgien en chef des armées de la Moselle dut venir, écolier quadragénaire et couvert de lauriers académiques, se présenter devant la municipalité de Bouzonville, chef-lieu de l'arrondissement de Thionville, proche de son cantonnement. Il ne semble pas qu'il consentit à paraître devant le jury municipal, sans faire quelques objections majeures aux demandes qu'on lui soumettait. Le bruit ayant couru qu'il avait laissé celles-ci sans réponse, il s'empressa de les publier (1).

« La première a trait, dit-il, aux blessures par armes à feu, aux cas qui exigent ou non une amputation immédiate (2). La seconde se termine par une série de questions à poser aux officiers de Santé. « La commission, sachant combien il en coûte peu à l'esprit et combien il est facile de faire des questions a voulu me transformer en exami-

---

(1) *Journal de Percy*, publié par G. Longin, Plon, 1904.

(2) *Réponse du citoyen Percy, chirurgien en chef des armées de la Moselle aux questions qui lui ont été proposées par la Commission de Santé de Paris*, Metz, Imp. Collignon, an III.

nateur, sans doute pour me donner quelque relâche et me laisser reprendre haleine ; je la remercie de son attention. » Il donne ensuite libre cours à ses critiques en réponse aux questions qu'il est supposé adresser à un chirurgien de troisième classe. « Quel est le chef auquel celui-ci doit obéir dans le grand nombre d'individus qui s'attribuent le droit de commander ? Quelles sont mes questions qui lui ont été faites en différents temps par les examinateurs, commissaires, agents, délégués ou mandataires de toute espèce qui tour à tour l'ont convoqué, assemblé, harangué, exhorté, menacé de difficultés sans lui avoir rien appris ? »

La réponse était nette ; la satire vigoureuse, elle pouvait être dangereuse pour son auteur ; mais en 1793, une tête était beaucoup plus solide sur des épaules civiques à l'armée et sur les bords de la Moselle qu'au voisinage de la ci-devant place Royale. Percy, au fond avait été très vexé d'avoir à comparaître devant le jury municipal de Bouzonville. Il devait connaître d'autres difficultés et des dangers plus immédiats au cours de sa longue et glorieuse carrière. Le certificat de civisme, qu'on exigeait de lui était aussi puéril que le certificat de fidélité au Roi Charles X et au drapeau blanc nécessaire aux étudiants, vingt ans plus tard pour entrer à la Faculté que régentait alors l'évêque d'Hermopolis, grand maître de l'Université.

Il n'en est pas moins vrai qu'il y eut sous la Révolution une organisation précise d'un service de Santé autonome. A la tête de chaque armée se trouvait un médecin, un chirurgien et un pharmacien chef de service. Dans les hôpitaux, le commissaire à la guerre n'avait qu'un rôle de surveillance et de police. Devant l'ennemi, le chirurgien avait l'autorité absolue sur ses services, et ses aides

ne dépendaient que de lui. Avant l'action il désignait l'emplacement des ambulances, s'occupait du traitement des blessés et de leur évacuation. Ebauchée pendant la Convention et le Directoire, la création de bataillons d'infirmiers volontaires de Percy, celle des légions d'ambulances de Larrey ne donnèrent pas toujours pendant les années sanglantes de gloire et de misère de l'Empire, les résultats qu'en attendaient les hommes, qui les avaient conçus en raison du mauvais vouloir de l'intendance, le jour où cette dernière eut plein pouvoir sur le Service de Santé, au plus grand dommage des blessés.

L'autorité réelle donnée aux chefs de services médicaux quand l'orage sembla s'apaiser, trouva sur sa route une force considérable et adverse, l'administration militaire. Il faut bien reconnaître d'autre part, que si à l'armée on retrouvait quelques hommes de valeur, derniers survivants de l'Académie royale de Chirurgie, ou des Ecoles de Metz ou de Strasbourg, le niveau de la valeur médicale ne s'était pas élevé. De vieux chirurgiens sans diplôme, des séminaristes ne pouvant plus songer au sacerdoce, des individus ayant une teinte de latinité avaient été heureux de trouver sous l'uniforme une sécurité que ne donnait pas le séjour des villes. Des conflits d'attributions, vieux souvenirs des discussions scolastiques s'élevaient entre médecins et chirurgiens. L'esprit d'indépendance de ce corps, fier de ses services, fit qu'il devait être touché par les mesures contre-révolutionnaires qui suivent les luttes politiques (1). Le commissariat de la guerre, qui allait devenir l'intendance, exploitant habilement ces raisons, profita d'une période d'accalmie pour soumettre à la signature du ministre un décret qui faisait passer entre

(1) Horteloup, *Eloge de Sedillot*, Société de Chirurgie.

ses mains le pouvoir exécutif. Le décret du 3 floréal de l'an IV qui consacrait la tutelle du Service de Santé et ne devait être abrogé que par la loi du 14 mars 1882, constituait une lourde faute.

Quand sans passion, avec le recul du passé, on examine l'œuvre immense de Napoléon, on est obligé de reconnaître que malgré la puissance de travail de Percy, les gestes épiques de Larrey, la valeur professionnelle d'Horteloup ou de Desgenettes, l'organisation du Service de Santé aux armées impériales fut loin d'être égale à l'organisation militaire, et on est véritablement stupéfait de l'indigence de la tactique sanitaire des armées de l'Empire. Un soldat blessé était presque toujours un soldat perdu pour l'armée. Lorsque l'on relit les mémoires de Percy et de Larrey, on est douloureusement frappé de ce défaut d'organisation, de cette folle dépense du capital humain.

Dans le rapport qu'il adresse à l'Empereur le soir de Lutzen [1] Larrey en rendant compte des pertes qui avaient été éprouvées par la garde, écrit : « de nos 8.000 blessés, 365 ont subi une ou deux amputations, 800 environ sont atteints de blessures graves, plaies de poitrine, plaies du ventre, fractures ; 1.600 blessés sont hors d'état de reprendre leur service. On aurait, dit-il, pu faire mieux, mais cela fut impossible en raison de l'insuffisance du nombre de chirurgiens, du manque de linge de pansements, d'instruments, malgré les réclamations faites à Francfort au Ministère de la guerre au début de la campagne ; mais, ajoute-t-il, c'est toujours la même chose, et l'inertie de l'administration n'a d'égale que sa mauvaise volonté ».

Larrey qui avait le sens des réalités pratiques ne fut

---

(1) TRIAIRE, *Dominique Larrey*, p. 579, Mame, Tours, 1903.

pas suivi malgré l'influence directe qu'il avait sur l'Empereur [1].

Les blessés de la grande guerre guéris et récupérés, ont repris leur place dans le rang et ont combattu à nouveau pour que la vie de leurs enfants valût d'être vécue. Quelques milliers de combattants au matin de Craonne, ou au soir de Champaubert et la face du monde pouvait être changée en 1814...

Retracer la vie de Dominique Larrey, c'est revivre l'épopée et suivre la fortune mobile des Aigles. Ses travaux d'ordre purement technique sont peu importants ; mais il serait injuste de méconnaître la valeur scientifique des cinq volumes de Clinique où il relate sa vie chirurgicale de 1792 à 1825, et ses Mémoires, parus en 1841, qui constituent un document important, pour qui veut connaître en dehors du verbiage grandiloquent de quelques historiens contemporains, le véritable visage de celui qui fut le maître du destin français pendant quinze années.

Dominique Larrey était né à Beaudéan en 1766, il mourut à Lyon au retour d'un voyage d'inspection en Algérie en 1842. Sans autre patrimoine qu'un nom honorable, il fit ses premières études dans le service de son oncle, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph à Toulouse, où à 14 ans il suit à la fois le service d'Alexis Larrey et les cours du collège de l'Esquille. Sous-aide, puis aide-major dans le vieil hôpital ; au bout de sept ans d'un labeur fécond, il passe sa thèse sur la Carie des os. Le 29 septembre 1787

---

[1] La mortalité dans les hôpitaux dépassait vingt-cinq pour cent. Du 1er novembre 1813 au 30 avril 1814, à Mayence sur 45.617 malades hospitalisés, il en mourut 12.803. *Recueil de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1818, t. V, p. 131.

il quitte la ville aux clochers roses, et par le Quercy, le Limousin, la Touraine, après un voyage qui dure plusieurs semaines il arrive à Paris. Adressé à Louis, dont la vie est liée à celle de l'Académie Royale de Chirurgie, celui-ci l'engage à suivre le service de Desault à l'Hôtel-Dieu. L'influence de ce dernier, fut sur lui très précise pendant l'année où il fut son élève. Dénué de ressources, le provincial isolé au milieu de nombreux élèves de ce grand service paraît avoir passé des heures pénibles. Il y fit la connaissance de Bichat qui, dit-il dans une note qu'a retrouvée Triaire « était mon ami et mon collègue comme fondateur de la Société d'émulation, et nous commençâmes les premières expériences qui ont servi de base à son ouvrage immortel de la Vie et de la Mort ». Au début de 1778 s'ouvre un concours destiné à recruter des chirurgiens de marine ; il est admis et s'embarque le 3 mai de cette année sur la *Vigilante* en rade de Brest. Il fait campagne à Terre-Neuve et à la fin de septembre rentre à Paris où il reprend sa vie laborieuse. C'est à cette époque, semble-t-il, qu'il rencontra Corvisart le futur médecin de l'Empereur.

Quelques mois plus tard, nommé au concours sous-aide major à l'Hôtel Royal des Invalides il se vit préférer de Puységur, protégé de Necker. Cette injustice précisa-t-elle ses sentiments républicains, cela est possible ; toujours est-il qu'il s'associa avec transport, écrit-il dans ses Mémoires, aux généreux adversaires du despotisme, et qu'après avoir engagé ses camarades du Collège de chirurgie à marcher contre les tyrans, il exprime ses regrets de n'avoir pu le premier entrer dans la Bastille...

En 1792, il est désigné pour servir comme sous-aide major aux troupes du Rhin que commandait le maréchal de Luckner, et où il eut comme chef de service, pendant

quelques semaines, Sabatier, puis Percy jusqu'en avril 1794. Il ne devait plus quitter les cadres de la médecine militaire qu'il a illustrés. Entre temps, il eut quelques démêlés qui auraient pu hâter la fin de sa carrière avec le Comité de Salut Public. Inculpé, à la fin de 1792, d'avoir permis à un de ses blessés, officier autrichien, de rejoindre ses foyers après guérison, il ne dut la vie, malgré Robespierre, qu'à l'intervention de Barrère, ci-devant de Vieusac, qui lui donna le conseil plein de sagesse de rejoindre l'armée le plus rapidement possible.

Après s'être marié, le 14 ventôse de l'an II avec Elisabeth de Laville, la fille du dernier ministre des finances de Louis XVI (1). Il sert en Cerdagne, où Dugomier est tué à ses côtés au combat de la Montagne Noire ; puis revient à Paris où la maison du Val-de-Grâce avait été constituée le 30 floréal de l'an IV. Il y fait le premier cours d'anatomie, tandis que Desgenettes fut chargé du cours de physiologie.

Le 1er mai 1797, à la demande du citoyen Bonaparte, il est désigné pour organiser les ambulances volantes de l'armée d'Italie. Villemanzy, commissaire aux armées et qui fut un organisateur remarquable, avait fait remarquer qu'en ces premiers jours de floréal de l'an V, on allait entrer en campagne avec un personnel médical tout à fait insuffisant et une absence complète de matériel.

En réalité, avec des ressources médiocres, Larrey organisa de toutes pièces le Service de santé de l'armée d'Italie. Le nombre peu élevé des effectifs engagés, lui permit

(1) Le Roulx de Laville, adjoint à l'administration des Fermes Générales avant la Révolution, fut nommé en 1792, ministre des contributions, sous le ministère Girondin qui fut le dernier cabinet de la monarchie. Il fut ensuite consul de France à Rotterdam, où il mourut en 1798.

cependant d'obtenir de bons résultats et lui donna la possibilité d'hospitaliser ses blessés dans les villes qu'abandonnaient les Autrichiens.

Pour compléter l'instruction de ses élèves, il créa une Ecole de médecine et de chirurgie à Milan. Rentré à Paris après le traité de Campo-Formio, octobre 1797, il reprend son service et son enseignement au Val-de-Grâce. Halte de courte durée, le 5 ventôse an VI (23 juin 1798) le Directoire, sur les instances de Bonaparte, avait consenti à la réalisation de la campagne d'Egypte. Celui-ci lui donne, avec Desgenettes, plein pouvoir pour organiser le service de Santé. Ces deux hommes avaient alors 32 ans.

En quelques semaines les cadres du service médical furent constitués à Toulon, par des médecins et des chirurgiens recrutés non seulement dans l'armée, mais encore dans les écoles de médecine, surtout à Montpellier et à Toulouse. Le corps expéditionnaire comprenait 38.000 hommes des meilleures troupes de France sous Bonaparte, Desaix, Davoust, Kléber, Lasalle, et emmenait avec lui une mission scientifique composée de plus de cent membres parmi lesquels Bertholet, Monge, Geoffroy Saint-Hilaire.

L'histoire a raconté ce que furent les pages de gloire et de misère de l'armée d'Egypte. Comme en Italie, Larrey se montra un organisateur remarquable, animé de cette même volonté ardente dans l'heureuse ou la mauvaise fortune.

Au lendemain d'Aboukir, il obtient de Bonaparte l'autorisation de créer au Caire un centre d'instruction médicale qui fonctionna plus d'une année. Dans ses Mémoires, Larrey décrit longuement la conjonctivite granuleuse qui constituait pour les troupes en campagne un fléau plus

redoutable que les mamelucks, mais il semble bien que la notion de contagion lui échappe.

Resté en Egypte après le départ du général en chef, il ne rentre en France à bord d'une frégate anglaise que le 25 vendémiaire an X (octobre 1801). Nommé dès son arrivée chirurgien de la Garde des Consuls qui devint la Garde Impériale, il est au camp de Boulogne, sur les routes d'Allemagne, à Austerlitz où ses ambulances volantes rendent d'utiles services. On le retrouve à Eylau, Wagram, à Tilsitt, en Espagne. Il entre à Smolensk avec les troupes victorieuses, et au soir de la Moskowa opère sans relâche.

Lors de la retraite effroyable, après la prise de Moscou, à la Bérésina, les troupes s'écartent pour laisser passer l'équipage de l'homme le plus populaire de la Grande Armée. Il suit la route sanglante de la garde que la victoire abandonne, à Lutzen, à Bautzen, à Montmirail, à Champaubert. Aux Cent Jours, le soir de la lutte suprême à Waterloo, blessé à coups de sabre par les cavaliers de Blücher, il n'échappe à la mort que par miracle. Larrey comptait à la chute de l'Empire vingt-cinq campagnes de guerre, avait assisté à soixante batailles et avait été blessé trois fois.

Il fut un des rares hommes auquel le gouvernement de la Restauration pardonna sa fidélité à l'Empereur et lui conserva une partie de ses fonctions. Louis-Philippe lui rendit sa dotation et le chargea de la réorganisation du Service de Santé. C'est au retour d'un voyage d'inspection en Algérie qu'il mourut en 1842, après avoir eu la joie dernière d'assister, appuyé au bras de son fils, Hippolyte Larrey, agrégé de la Faculté de Paris, au retour des cendres de Napoléon.

L'œuvre scientifique de Dominique Larrey pourrait présenter une importance médiocre dans cette vie épique coupée de courtes haltes, entre deux combats ; il a laissé cependant cinq volumes de Clinique qu'il publia dans les dernières années de sa vie, en 1836. La relation médicale de ses campagnes, ses mémoires de médecine et de chirurgie militaire sont émaillés d'observations cliniques et opératoires qui présentent un grand intérêt.

Au retour de la campagne d'Italie nous l'avons vu faire un cours au Val-de-Grâce, après avoir enseigné à Milan l'anatomie aux sous-aides majors de vingt ans qui étaient loin d'avoir une valeur technique égale à celle de leur courage sous le feu de l'ennemi. En Egypte, il créa un centre d'enseignement. A Berlin après Lutzen, il réunissait les médecins des troupes alliées qui avaient grand besoin d'un enseignement élémentaire. Les chirurgiens saxons en effet, écrit-il dans une page de ses Mémoires, après avoir comprimé le membre correspondant, coupent d'un seul temps la peau et les muscles avec un couteau courbe, et cousent la peau sans s'occuper des vaisseaux [1].

Larrey semble avoir été un chirurgien remarquable, technique réglée, procédés simples, il opérait avec une rapidité extrême, ce qui était une nécessité immédiate, quand on pense au nombre considérable d'amputations, de résections que faisaient un soir de bataille les chirurgiens de la Grande Armée. On est vraiment stupéfait quand on songe que ces interventions étaient pratiquées sans anesthésie. Une désarticulation de l'épaule ou de la hanche, interventions simples sur un malade endormi pour un chirurgien connaissant les rudiments les plus

(1) D. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire*, l. IV, p. 160, 1817.

élémentaires de son métier, devait être une chose effrayante alors qu'elle devait être pratiquée chez un malheureux hurlant de douleur et maintenu par des aides vigoureux. Il est vrai que Percy et Larrey avaient des blessés d'une singulière force physique et morale.

N'est-elle pas belle, l'histoire de ce commandant, qui remonte à cheval au soir de Bautzen après avoir subi une désarticulation de l'épaule, et regagne les bords de l'Adour par petites étapes ; son cheval mourut en route, paraît-il, mais le Béarnais guérit ; et celle de ce colonel Lawless, de la légion écossaise, ancien professeur de philosophie de l'Université de Dublin, que les hasards de la vie et la haine de l'Angleterre avaient amené à servir dans les troupes de France, qui, amputé de la jambe pour fracture ouverte après le combat de Kulm en 1813, pour ne pas tomber entre les mains de l'ennemi, remonte à cheval aussitôt opéré, se rend par étapes à Mayence, où il arrive en bon état sans que son pansement ait été enlevé.

Les noms de Percy et de Larrey, résument la chirurgie de guerre aux heures glorieuses et aux heures grises de l'épopée, mais il convient de citer également Horteloup qui, né à Tours en 1750, mourut à Paris en 1812. Chirurgien mais surtout administrateur de valeur, il fut avec Percy et Larrey pour la chirurgie, Costes et Desgenettes pour la médecine, un des six premiers Inspecteurs généraux nommés par l'arrêté du 10 brumaire an XII.

Lallemand, chirurgien militaire, n'a pas laissé de traces scientifiques précises, mais sa mémoire permet de situer de façon exacte l'état d'âme des soldats de l'Empereur. A la fin de la bataille de Craonne, après avoir pansé ses derniers blessés, il charge les cavaliers de Prusse et permet l'évacuation des convois. Aux jours douloureux de 1815,

on le retrouve sous Paris à la tête d'un escadron qui retarde l'avance des troupes alliées.

Corvisart, né en 1775, mort en 1821, connu surtout par ses travaux sur les maladies de cœur et des gros vaisseaux, et par le fait qu'il avait été le médecin de l'Empereur depuis 1807 jusqu'à l'abdication, avait commencé par pratiquer la chirurgie. Elève de Desault, son cours de Physiologie et d'Opérations n'eut qu'un succès relatif. Il garda toutefois, semble-t-il, une tendance chirurgicale et admettait mal les critiques de son collègue Bourdois de la Motte, médecin du roi de Rome, qui, né en 1754, et mort en 1831, avait une opinion médiocre de ses collègues chirurgiens quand il reprochait à ces derniers, sauf toutefois disait-il à ceux qui en petit nombre pratiquent leur art en grand, d'avoir une audace que seule égalait leur ignorance.

Portal (1742-1832), auteur d'un *Traité sur la Structure du cœur* et qui devint consultant de Louis XVIII, en habit à la française, chaussé de souliers à boucles d'argent, coiffé d'une perruque austère, une canne d'ivoire à la main, faisait un cours d'anatomie et de médecine opératoire au collège de France ; mais son enseignement fut très théorique. Il semble bien qu'il n'opéra jamais ; en tout cas il sut se mettre à l'abri des émotions violentes et continua ses leçons pendant soixante-quatre ans...

On ne peut même que difficilement ranger parmi les chirurgiens de cette époque Chaussier (1766-1828), qui enseigna l'anatomie avec succès. Si nous en croyons Réveillé Parise, comme Portal il se coiffait d'une perruque, petite, ronde et rousse qui portait les signes d'un long et rigoureux service. Chaussier eut à côté de Fourcroy, le grand mérite de contribuer en l'an III, à l'organisation des Ecoles de Santé.

Parmi les chirurgiens de marine, Rochard, dans son livre, rapporte les noms de Billard et de Gilbert, qui n'ont pas laissé de traces de leur activité scientifique. Un de leurs collègues cependant, Duret (1745-1825) paraît bien avoir eu le mérite de pratiquer le premier un anus artificiel pour une imperforation congénitale du rectum.

En dehors de Boyer et de Dubois qui avaient quarante-cinq ans en 1802, peu de chirurgiens civils à cette époque inquiète de l'histoire de notre pays, et la tradition chirurgicale survécut par Larrey, Percy et leurs élèves. Dupuytren et Récamier en effet appartiennent plutôt à la Restauration et aux heures calmes qui s'étendent de 1815 à 1830. Il est cependant un homme dont le nom ne doit pas tomber dans l'oubli, c'est Moreau, de Bar-sur-Ornain, qui fit en France les premières résections articulaires et osseuses de façon réglée. Il semble qu'il ait été précédé dans cette voie par White, de Manchester et Park, de Liverpool. Il n'eut certainement pas connaissance de leurs travaux. Son premier Mémoire fut adressé à l'Académie Royale en 1782 et la traduction de l'ouvrage de Park faite par Lassus, date de 1783. Dans ce travail auquel ses collègues parisiens ne paraissent du reste avoir prêté qu'une attention relative, il indique la nécessité de mettre les os réséqués en contact, d'immobiliser le membre et d'attendre la consolidation qui rend l'amputation inutile (1).

Dès 1786 il présentait un malade auquel il avait fait une résection de la tête humérale, et en 1792, il pratiquait devant Percy, alors chirurgien à l'armée de Kellermann,

(1) P. F. Moreau, de Bar-sur-Ornain, *Observations pratiques relatives à la résection des articulations affectées de carie.* Thèse soutenue à Paris le 30 floréal an IX (1803). Dans ce travail Moreau décrit la technique opératoire qu'avait réalisée son père.

une résection du genou. Dans les années qui suivirent, les Moreau père et fils, exécutèrent avec succès des résections du coude, du genou, de la tibio-tarsienne et en réglèrent la technique. Percy et Larrey mirent en pratique l'enseignement des chirurgiens de Bar. Dans sa *Relation historique et chirurgicale de l'armée d'Egypte*, Larrey rapporte sept observations de résection de la tête humérale suivies de guérison et Percy dans ses mémoires, déclare avoir, en faisant des résections précoces, évité très souvent une amputation.

II

DUPUYTREN ET SES CONTEMPORAINS (1815-1835)

SOMMAIRE. — *Richerand. Lisfranc. Sanson. Marjolin. Roux. Récamier. Influence de Broussais. — Les chirurgiens de province. — Delpech. Lallemand. L'Académie de médecine 1820. — L'enseignement à la Faculté. Orfila.*

En 1820, Dupuytren avait 43 ans, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu [1], il y régnait en maître, rendant la place intolérable à ceux qui l'entouraient.

Son service hospitalier était le plus considérable que jamais chirurgien eût à sa disposition, et jusqu'aux dernières années de sa vie, il n'eut pas de rival direct de son envergure. Cependant à côté de lui, dans le service voisin,

---

[1] L'Hôtel-Dieu, agrandi par Viel après la mort de Desault, contenait plus de huit cents lits. Il semble bien qu'il fût à cette époque, le plus encombré et le plus malpropre des quinze hôpitaux que comportait alors Paris. Ses bâtiments se trouvaient sur l'emplacement du square, que domine aujourd'hui la statue de Charlemagne, il n'en reste plus trace. L'Hôtel-Dieu actuel, fut édifié en 1868, et terminé seulement dix ans plus tard.

le médecin Récamier, homme à l'esprit singulièrement ouvert, chirurgien égaré dans la médecine, pratiquait dans des conditions de milieu, lamentables, une hystérectomie totale par voie basse et guérissait sa malade.

Récamier eut certainement des concepts plus originaux que ceux de Dupuytren et une intelligence supérieure ; mais celui-ci s'était débarrassé de tous ses rivaux et, véritable despote de la chirurgie, ne tolérait que des admirateurs et des élèves.

Boyer, à la Charité, où il avait remplacé Deschamps, racontait des histoires de l'autre siècle et entravait les initiatives de son gendre et assistant, Roux. Malgré les attaques de Richerand, il faudra attendre 1825, pour que Dupuytren eût en Lisfranc, chirurgien de la Pitié à trente-cinq ans, un rival à sa taille. Il l'attaqua du reste avec violence.

Dupuytren, issu d'une famille pauvre, était né en 1777 dans un petit pays de la Haute-Vienne, Pierre-Buffière, à quatre lieues de Limoges. Etudiant famélique et misérable, il mourut dans l'opulence, comblé d'honneurs après avoir été le chef incontesté de l'Ecole de Paris (1). Ses études furent rapides et il n'eut rien des humanistes que furent les médecins ses contemporains. Il semble avoir commencé à suivre l'enseignement de Desault vers sa quinzième ou seizième année, car à 18 ans il était prosecteur.

Il se présente en 1808, au poste de chef de travaux pratiques, échoue devant Duméril, futur professeur de phy-

(1) Balzac dans la *Comédie humaine* exagère du reste, en racontant que le grand chirurgien Desplein (Dupuytren) ne put subsister au début de sa carrière que grâce au secours du porteur d'eau son voisin, et dans l'œuvre du romancier sont esquissées avec une part plus grande de vérité apparente, les figures de Broussais (Brisset), Récamier (Cameristus), Bouillaud (Horace Bianchon).

siologie, en même temps que Bichat, son aîné de quelques mois. Pendant deux ans d'un labeur acharné, Dupuytren dissèque et prépare toutes les pièces qu'on lui envoie des divers hôpitaux. En 1803, après avoir passé tardivement une thèse pour se conformer à l'arrêté de l'an X, il est nommé chirurgien de deuxième classe à l'Hôtel Dieu dans le service qu'il ne devait plus quitter jusqu'à sa mort.

Chirurgien chef adjoint en 1808, après avoir fait, suivant la coutume de ses contemporains, une série de cours privés, il est candidat à la chaire de médecine opératoire laissée vacante par la mort de Sabatier, et est nommé après un concours aux péripéties mouvementées où il eut comme concurrents Tarta, Roux et Marjolin. En 1815, enfin, il devient chirurgien chef de service de l'Hôtel-Dieu en remplacement de Pelletan.

Pendant vingt ans son enseignement clinique et opératoire sera le plus suivi de Paris. Arrivé le premier à l'hôpital, il y restait toute la matinée. Poumiès de la Siboutie (1789-1863), qui fut son interne, rapporte dans les *Souvenirs d'un médecin de Paris*, que Dupuytren, hiver comme été, arrivait à l'hôpital à cinq heures et demie et qu'il ne partait jamais avant dix heures et demie. Pendant cinq heures, suivant les règles qu'avait instituées Desault, se succédaient la consultation aux malades du dehors, la visite hospitalière, les interventions et les autopsies. En partant il ne manquait jamais, ajoute-t-il, de prendre et de mettre dans sa poche le petit pain que de tout temps on offrait au médecin après sa visite... Louis XVIII, trois ans avant sa mort, l'avait fait baron à titre héréditaire par lettre patente du 17 avril 1821, et ses armoiries étaient d'azur à bande d'or, chargées d'une branche de laurier en sinople, accompagnée en pointe, d'une lampe allumée en or elle aussi...

Orateur médiocre, il fut cependant un remarquable professeur et un opérateur d'une hardiesse couronnée par le succès. Il se laissa malheureusement influencer par les doctrines de Broussais ; on saignait avec abondance dans son service et le cataplasme qui fut si long à disparaître du vieil hôpital du bord de l'eau, y était appliqué avec une ferveur émolliente et mystique.

Si le chirurgien de l'Hôtel Dieu fut de 1815 à 1835, le maître dont l'enseignement était le plus suivi, il faut reconnaître que son œuvre écrite se borne à peu de chose et il ne resterait rien de lui, en dehors d'un grand souvenir si ses leçons n'avaient été recueillies par ses élèves Brière de Boismont et Marx.

Il semble bien qu'il ait le premier reséqué le maxillaire inférieur. S'il n'est plus guère employé, son entérotome (1) n'en reste pas moins un instrument ingénieux qui a rendu de réels services à une époque où la hantise de l'ouverture de la cavité péritonéale était de règle. Il paraît en avoir eu l'idée première. Cela n'est toutefois pas absolument certain. On raconte qu'il avait chargé son très jeune interne Ricord, de faire à ce sujet des recherches bibliographiques. Celui-ci, dans un travail qui portait comme épigraphe, *amicus plato, sed majus amicus veritatis*, attribua la paternité de la découverte au chirurgien américain Physik. Dupuytren le pria simplement de ne plus apparaître dans son service. Je ne sais si cette anecdote est rigoureusement exacte. On ne prête qu'aux riches, et on a beaucoup prêté à Ricord ; elle est, en tout cas, très vraisemblable.

---

(1) Dupuytren, Sur une méthode nouvelle pour traiter les anus accidentels. *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, t. I, p. 259, 1828

Chuquet, dans son livre très documenté sur l'année 1814 ([1]), raconte l'histoire des rapports qu'un jeune officier ,entré avec les alliés à Paris, eut avec le chirurgien de l'Hôtel Dieu, chez qui il avait été envoyé en billet de logement, et qui donne un aperçu du caractère de ce bourru bienfaisant. Reçu chez Dupuytren, l'officier russe ne tarda pas à constater qu'il ne devait pas y faire figure de vainqueur. Le lendemain de son arrivée, son hôte l'éveille à 7 heures du matin et lui intime l'ordre de s'habiller et de le suivre.

« Il me parla si sévèrement, dit le jeune Enseigne dans ses Mémoires, et d'une façon si impérieuse et si sévère, que je m'empressai d'obéir. » Pour lui montrer le danger des relations hasardeuses, il lui fit visiter le service des vénériens, et les jours suivants , pour lui éviter les tentations de la roulette et du pharaon et l'empêcher de jouer au Palais Royal au rouge et au noir, il se fit donner en dépôt les quinze cents roubles qu'il portait sur lui... Le jeune russe, ne lui en tint du reste pas rigueur et eut la consolation, dit-il, de ne pas faire comme le vieux Blücher qui perdit la forte somme. « Mon cher bienfaiteur avait, ajoute-t-il, une célébrité européenne. Très riche il menait un train de vie relativement modeste. Comme un bourgeois aisé, il avait un équipage, cocher, et trois chevaux, un seul domestique, une bonne et une cuisinière. Ses dîners où l'on buvait d'excellents vins étaient toujours bons et se composaient de quatre plats servis sans apparat. Il reçut à notre table, de hauts personnages et des généraux de notre armée sans rien changer pour cela à son menu ordinaire. Comme je lui demandais pourquoi il

([1]) Chuquet, *L'année 1814, l'enseigne russe Kazakov chez Dupuytren*, p. 153, Fontemoing, Editeurs, Paris, 1914.

ne faisait pas plus de cérémonie il me répondit : « Je ne suis pas un restaurateur ; s'ils veulent venir chez moi ils n'ont qu'à manger mon pot-au-feu. »

Une foule de malades pauvres accourait chez lui, il leur donnait sa consultation et leur remettait en outre de l'argent enveloppé dans son ordonnance.

Dupuytren eut le mérite certain de substituer le premier la dilatation progressive de l'urèthre sténosé au cathétérisme forcé et brutal qui était classique ; il semble bien également qu'il ait conseillé de pratiquer la section du sterno-mastoïdien dans le torticolis. Quelques pages sont consacrées dans ses cliniques à la fracture qui porte son nom.

Opérateur d'une habileté que devaient reconnaître ses ennemis eux-mêmes, et ils étaient nombreux, son érudition était médiocre et il se souciait peu des recherches bibliographiques. On lui a reproché, écrit Cruveilhier, qui ne peut s'empêcher d'autre part de témoigner l'admiration qu'il a pour lui, de ne jamais citer dans ses leçons ni ses devanciers, ni ses contemporains, comme s'il avait la prétention de dire « la chirurgie c'est moi ». Le secret de ce silence qui ressemblait au dédain, c'est le défaut absolu d'instruction. Absorbé par une pratique immense, Dupuytren lisait peu ou même ne lisait pas du tout. Son érudition était sa propre pratique dont le souvenir fidèle ne lui faisait jamais défaut, son livre c'était l'Hôtel Dieu...

En novembre 1833, au milieu d'une de ses leçons (il n'avait alors que 56 ans), il présenta une hémorragie cérébrale avec hémiplégie légère qui rétrocéda en quelques mois, si bien qu'il put au retour d'un voyage en Italie reprendre son enseignement. Ce ne fut que pour quelques mois. Atteint d'une pleurésie, qu'il refusa de laisser opé-

rer, après avoir cependant choisi son chirurgien, Sanson, il mourut le 8 février 1835 dans son appartement de la place du Louvre, où passèrent tour à tour les heureux du monde, les favorisés du sort, qui, comme les pauvres gens du parvis Notre-Dame, étaient venus si nombreux demander au baron Dupuytren la décision lourde d'espoir dont dépendait leur destin.

Il laissa à sa mort une grande fortune, après avoir offert, dit-on, une somme importante au roi Charles X. Il fit en tout cas un legs de deux cent mille francs à la Faculté de médecine qui, à la demande du doyen en exercice, José Mathéo Buenaventura Orfila, fut affecté à la création du Musée d'anatomie pathologique, aujourd'hui musée Dupuytren. Ses obsèques furent empreintes d'une grande solennité et de l'église Saint-Eustache au Père Lachaise les étudiants qui avaient détaché les chevaux du char funèbre, le traînèrent jusqu'au cimetière.

Dupuytren, dont l'existence somptueuse ne fut cruelle qu'à ses heures dernières, n'avait pu faire que des études classiques très incomplètes et ne répondit pas, si l'on en croit la légende, à la question latine bien élémentaire que lui posait le roi lors de l'assassinat du duc de Berry [1]. La tenue littéraire de l'œuvre qui lui appartient en propre devait s'en ressentir.

Son contemporain Richerand, plus jeune de deux années fut, lui, un médecin humaniste et un lettré averti.

---

(1) Le duc de Berry, fut frappé d'un coup de poignard par Louvel, à la sortie de l'Opéra le 13 janvier 1820. Dupuytren débrida largement l'orifice d'entrée, et évacua un épanchement sanglant intra-thoracique. Atteint d'une plaie pénétrante de l'oreillette droite, le blessé succomba rapidement. Paul Ganière, *Le milieu et l'époque dans l'œuvre de Dupuytren*, Thèse, Paris, 1933.

Il était né à Belley dans l'Ain en 1779 et mourut en 1840. Après de fortes études classiques, à son arrivée à Paris il fut introduit dans les cénacles scientifiques et littéraires par Cabanis. Sans soucis d'ordre matériel, il travailla avec ardeur, si bien qu'en 1801 il publiait un *Traité de Physiologie.* Quelques mois après il était nommé chirurgien de l'hôpital du Nord.

Ses contemporains lui reprochèrent fortement de s'être inspiré dans son traité des travaux de Bordeu, de Chaussier et surtout de Bichat. Cela est bien possible ; mais lors de la publication de son livre qui constituait une excellente mise au point de l'état de la physiologie en 1801, le futur chirurgien de Saint-Louis avait 21 ans... Professeur de pathologie générale à la mort de Lassus à 28 ans, ses querelles avec Dupuytren furent âpres et n'eurent rien du calme qui doit présider aux discussions académiques. Il est certain que si sa réputation pâlit à côté de celle de ce dernier, c'est d'une façon bien spirituelle qu'il critique et juge son collègue dans son histoire des *Progrès récens de la chirurgie.*

Apre querelle qui prête à sourire, et qu'on est amené à considérer avec une douce indulgence, tandis qu'on la juge avec le recul d'un passé qui s'éloigne. Rochard qui reproche à Richerand, d'avoir été un professeur très médiocre, un chirurgien maladroit, et de n'avoir eu « ni le tact admirable, ni le savoir profond, ni le coup d'œil pénétrant du chirurgien de l'Hôtel-Dieu », ne nous paraît pas être entièrement impartial ». Il est difficile de se faire une opinion exacte, mais cependant nous ne pouvons nous empêcher de penser que cet historien et ce lettré disert, fut aussi un chirurgien de quelque merite. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation clinique de cet officier de santé de Nemours du nom de Micheleau,

auquel il fit une large résection pleuro-costale pour cancer, et dont il rapporta l'observation à l'Académie. Ceci n'était pas le fait d'un chirurgien timoré à la date du 31 mars 1818.

Lisfranc, né à Saint-Paul en Jarrest, dans la Loire, en 1790, mort à Paris en 1847, ne peut lui non plus être compté parmi les amis de Dupuytren, puisqu'il le désignait sous le nom de « Bandit de l'Hôtel-Dieu ». Les relations entre ces deux hommes ne pouvaient que manquer de cordialité. Sa mémoire ne doit pas survivre uniquement par le souvenir du procédé de médecine opératoire sur lequel ont peiné de nombreuses générations de candidats, en d'innombrables concours. Ce fils de l'Auvergne transplanté à Paris ne fit qu'un court séjour à Lyon pendant l'année 1809, puisque l'on retrouve son nom dans la promotion d'internat de Paris en 1810.

Après un séjour à l'armée qui dura jusqu'à la chute de l'Empire, il publia au retour de la campagne de Saxe, un travail où se trouve décrite la technique de la désarticulation tarso-métatarsienne. Ce mémoire est signé Lysfranc de Saint-Martin [1]. Nous ne pouvons préciser si c'était là son nom véritable, ou s'il pensait qu'avant d'entamer la carrière des concours il était de bonne politique, aux premiers jours de la Restauration, de compliquer son nom patronymique. Cela n'a du reste qu'une importance rela-

[1] Lisfranc, d'une part, ses ennemis, de l'autre, se sont chargés dit Farabeuf de nous édifier sur l'histoire de cette amputation. Hey (de Leeds) en 1799 était arrivé à poser des règles excellentes pour la taille des lambeaux, et c'est faire œuvre de courtoisie et de justice que d'associer le nom de Hey à celui de Lisfranc (Farabeuf, *Médecine opératoire*, 2e édition, p. 450).

tive. Lisfranc, tout court, eut une carrière brillante ; chirurgien des hôpitaux à 28 ans, il succéda à Bléclard à la Pitié et y resta 22 ans.

Son *Traité de médecine opératoire* publié deux ans avant sa mort, constitue une mise au point précise de la technique chirurgicale dans le premier tiers du XIX[e] siècle. Il comporte des procédés nouveaux qui lui appartiennent en propre, comme l'amputation du col utérin qui connut plus tard une jeunesse nouvelle sous le nom de l'allemand Schrœder, intervention tant de fois répétée depuis lors, disparue du cadre de la chirurgie gynécologique et qui ne mérite peut-être, ni cet excès de faveur, ni cette indignité ; mais qui devrait porter le nom de Lisfranc ou celui de Récamier.

Dupuytren, qui ne s'était pas décidé à se faire opérer de sa pleurésie, avait cependant désigné Sanson comme son chirurgien possible. Celui-ci n'était son cadet que de quelques années, puisqu'il était né à Paris en 1790. Il le suivit de six années dans la tombe. Sanson fut peut-être le seul de ses contemporains qui resta en bons termes avec lui. Il avait été son interne en 1807, puis son adjoint à l'Hôtel-Dieu en 1825. Il le remplaça dans sa chaire après un concours en 1836, où il eut comme adversaire direct Sedillot, qui devait illustrer la Faculté de Strasbourg. Son œuvre scientifique est mince. Il a laissé des mémoires sur la taille recto-vésicale et la taille bilatérale. Cet homme qui paraît avoir été extrêmement modeste vécut effacé dans l'ombre de son maître. Professeur de clinique chirurgicale, il mourut, ce qui est tout à son honneur, dans une position voisine de la misère et les frais de sa sépulture furent assurés par une souscription de la Faculté.

Ce fut également un homme simple et qui ne recherchait pas les joies bruyantes que donne la renommée, que Jean-Nicolas Marjolin. Né à Ray dans la Haute-Saône,

il était l'aîné de Dupuytren de sept ans et mourut à Paris en 1849. Les débuts de son existence avaient été mouvementés, dragon du roi puis clerc de notaire, il commença tardivement ses études de médecine, ce qui ne l'empêcha pas d'arriver de façon rapide, puisque interne en 1805, il se présentait sept ans plus tard contre Dupuytren à la Chaire de clinique laissée vacante par la mort de Sabatier. Il échoua contre cet adversaire redoutable ; mais en 1816, il fut nommé chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu. Il ne put du reste lui non plus s'entendre avec son chef de service. En 1825, affecté, sur sa demande, à l'Hôpital Beaujon, il y resta jusqu'à sa retraite. Marjolin donne l'impression d'avoir été un professeur et un clinicien plutôt qu'un opérateur hors ligne. Lors de son conflit avec Dupuytren, il avait ouvert un cours d'enseignement libre dans la rue Saint-Julien-le-Pauvre, et son modeste amphithéâtre était fréquenté par un grand nombre d'étudiants. Il donna dans sa vie une grande preuve de la fermeté de son caractère en refusant le titre de chirurgien de la Garde royale qu'on voulait enlever à Dominique Larrey pour le lui donner. Les clients étaient nombreux qui venaient le consulter, déclare son biographe Sachaile de la Barre, dans son appartement de la rue Neuve d'Antin. A ses qualités, ajoute ce dernier, Marjolin joignait l'avantage d'avoir devant ses élèves un cœur gai et une figure épanouie ; un chirurgien qui a presque la réputation de Boerhave, cinquante mille livres de rente, un jardin aussi beau que celui des Hespérides, et pour homonyme la plus belle des fleurs connues, le dahlia Marjolin, peut croire que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes [1].

---

[1] *Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres*, Sachaile de la Barre, Paris, 1845.

Le nom de Roux, né à Auxerre en 1780, mort à Paris en 1854, doit survivre, car il paraît avoir eu le premier l'idée, en tout cas il fut le premier à réaliser la cure opératoire des perforations palatines. Son malade, un étudiant canadien du nom de Stephenson, opéré en 1819, guérit parfaitement. Les études classiques de Roux furent écourtées, car à quinze ans il dut partir à l'armée de Sambre et Meuse et ne fut libéré qu'après le traité de Campo-Formio. Arrivé à Paris, il eut l'heureuse fortune de rencontrer Bichat dont il demeura le disciple pendant quatre années. A la mort de celui-ci (1802) il le remplaça dans son enseignement et le cinquième et dernier livre de l'*Anatomie descriptive*, de son maître, fut entièrement rédigé par lui. Il échoua deux fois au professorat en 1812 et en 1818, mais il fut en revanche un des fondateurs de l'Académie de Médecine en 1820 et son président.

Roux entretint lui aussi des relations peu amicales avec Dupuytren. S'il n'eut pas parmi ses contemporains la réputation du maître de l'Hôtel-Dieu, ses titres scientifiques sont peut-être supérieurs. Non seulement le premier en France il fit une palatoplastie mais il employa la technique de Hunter dans la cure des anévrismes, ce qui à cette époque constituait une heureuse audace. Il a décrit un procédé logique de réfection du périnée en préconisant la suture des plans profonds, et conseillé et réalisé les réunions par première intention.

En juillet 1825, le professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu Récamier, avec l'aide de Marjolin, avait pratiqué l'ablation d'un utérus prolabé et le 29 juillet 1829, en une hystérectomie vaginale réglée, il enlevait un utérus cancéreux. Sa malade guérit opératoirement et survécut une année. Le médecin de l'Hôtel-Dieu qui, sans utiliser les ressources de l'anesthésie générale dans des conditions

opératoires précaires, faisait preuve d'une bienfaisante et singulière audace, et les chirurgiens peuvent et doivent revendiquer comme un des leurs, l'homme qui n'avait pas hésité devant une intervention dont on ne trouve nulle part dans les cliniques de son voisin, ni dans les travaux de ses contemporains et qu'il fut dans doute le premier à réaliser en France. Sauter (de Constance), qui avait pratiqué une hystérectomie en 1822, l'avait cependant précédé dans cette voie ; sa malade survécut quatre mois. Palletta, si l'on s'en rapporte à Rochard, aurait également avant lui enlevé un utérus par la voie basse, sa malade du reste avait succombé au bout de quelques jours.

Joseph-Claude Récamier, est vraiment une figure extraordinaire dans l'histoire de la médecine française. Né à Rochefort en Bugey, dans l'Ain, en 1774 il devait mourir à Paris à 78 ans. Son père était notaire du roi, son cousin Brillat-Savarin fut son parrain, et Juliette Récamier une de ses proches parentes. Condisciple de Richerand sur les bancs des Joséphites, de Bellay ; étudiant en médecine dans cette petite ville il suit le service de son cousin Anthelme Récamier. A 19 ans, il est envoyé à l'armée des Alpes par la Convention, puis à l'hôpital de Bourg ; c'est là où il rencontre Bichat, son aîné de deux ans, avec lequel il semble avoir travaillé pendant quelques mois. En 1794, nouvelle réquisition, Récamier demande à prendre du service dans la marine, il est envoyé à Toulon et embarqué sur la corvette *La Brune*, puis reçu aide-major, sur le vaisseau de 80 canons le *Ça ira*, qui, après un combat héroïque où il perdit les deux tiers de son équipage, dut amener son pavillon. Récamier, prisonnier des Anglais, est envoyé en Corse. Interné à

Saint-Florent, il écrit à son père une lettre qui précise son état d'âme.

« Au cours de l'action, dit-il, je tombais couvert de sang et d'éclats, on me crut mort, je n'étais que blessé. Pendant que je pansais les blessés, deux d'entre eux furent hâchés dans mes bras, mais les boulets semblaient me respecter... Ce qui me consolait un peu, c'est de voir dans quel état nous avions mis cette fière escadre et de pouvoir dire que si tous les nôtres avaient fait comme nous, de longtemps les maîtres de la mer n'eussent fait flotter leur pavillon dans nos parages. » Echangé contre le chirurgien major du vaisseau Berwick, prisonnier des Français en 1795, il rentre à Toulon en 1796. On le retrouve à Lyon à la fin de cette année, puis à Paris en 1797. Au bout de cinq années de labeur acharné il était nommé médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu en 1803, puis médecin chef en 1806.

C'est entre 1810 et 1820 que Récamier prend parti dans l'âpre querelle Broussais-Laennec. A la doctrine de celui-ci, que contrôlaient les examens anatomo-pathologiques, s'opposait le fatras obscur du créateur de la médecine physiologique Broussais dont l'enseignement eut une influence si fâcheuse sur l'évolution de la chirurgie.

Le jacobin têtu qui défendait une doctrine obscure, était né à Saint-Malo en 1772, et avait huit ans de plus que Laennec dont il fut toute sa vie l'adversaire acharné. Il est difficile aujourd'hui de se rendre compte de l'influence considérable que le professeur du Val-de-Grâce eut sur ses contemporains. Il avait publié en 1808, l'*Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques*, fondées sur de nouvelles observations cliniques et en 1816, l'*Examen de la doctrine médicale généralement adoptée.* Dans ce tra-

vail, il attaquait sans ménagements et avec violence les adversaires de la médecine physiologique, la seule logique, la sienne. Pour prévenir la fièvre traumatique, il fallait conjurer les accidents en mettant le blessé à une diète sévère, en le couvrant de sangsues, en pansant la plaie avec du cérat, des onguents, des cataplasmes souvent renouvelés.

Toutes ces mesures devaient combattre l'inflammation, cause première de la fatale gastro-entérite et de l'endartérite généralisée. Il compliquait son système, en décrivant des sub-inflammations, irritations vasculaires qui prolongées, disait-il, agissaient principalement mais non de façon unique sur les fluides blancs. Les irritations, au lieu d'accumuler le sang dans les parties, y retenaient les fluides blancs, la lymphe, la gélatine, l'albumine. Le mouvement sub-inflammatoire et l'inflammation se combinaient suivant la constitution...

Quand on lit les œuvres de Broussais, et il faut reconnaître qu'il est difficile de le faire longtemps, on est vraiment stupéfait de la fortune extraordinaire qu'eut sa doctrine auprès de ses contemporains. Les sangsues étaient épuisées en France, il fallait aller les chercher en Hongrie et en Asie-Mineure. En 1824, on utilisa 80 millions de ces bienfaisantes hirudinées. En 1931, la pharmacie centrale en délivra 737, à la totalité des services hospitaliers parisiens. Maurice Gille, qui d'une plume alerte a raconté l'histoire de la grandeur et de la décadence de la sangsue, rapporte que la Compagnie des Messageries Maritimes avait, à la demande d'Armand Behier, aménagé les bateaux en provenance de Smyrne de façon telle, que cette marchandise délicate et périssable put arriver à bon port à Marseille.

Des organisations s'étaient créées, dans les Deux-Sèvres,

la Mayenne et la Sarthe ; mais des négociants plus habiles que scrupuleux avaient imaginé avant de vendre les produits de leur élevage de les gorger de sang et de déchets de viande de boucherie. Le service de la répression des fraudes et les juges qui redoutaient sans doute les effets funestes de la phlétore dans la magistrature assise, prirent la chose fort au sérieux, et deux commerçants parisiens furent condamnés à cinq ans de prison... Les dermatoses étaient devenues pour Alibert [1] des phlegmasies cutanées.

Bégin, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, déclarait que le chirurgien qui se bornerait à l'opération ne serait qu'un ouvrier ignorant et grossier, que les interventions étaient fréquemment suivies de revers parce que l'on n'apportait pas assez d'attention à prévenir les inflammations qui doivent leur succéder.

Il citait l'insuccès du trépan, de la taille, de la hernie étranglée ; lui et ses élèves convraient de sangsues les moignons de leurs amputés. Récamier ne saignait pas les malades auxquels il enlevait le col utérin, et il est bien probable que ses opérées d'hystérectomies n'avaient été ni recouvertes de cataplasmes, ni mises à la diète ; il s'était entièrement rallié aux idées du créateur de l'auscultation médicale qui devait en 1826, mourir dans l'humble manoir de Kerlouarnec, qu'abritent du vent du large les chênes verts et les ajoncs bretons de Ploaré.

[1] Jean-Louis Alibert, 1768-1837, médecin de l'Hôpital Saint-Louis après avoir enseigné les belles lettres au Collège de Villefrance, dans l'ordre des Frères de la doctrine chrétienne, fut médecin ordinaire de Louis XVIII et de Charles X qui le nomma baron en reconnaissance des soins qu'il avait donnés à son prédécesseur. Ses armoiries d'azur à trois coqs d'or, se complétaient de la devise : « *Pro rege vigilant* ».

Récamier, chirurgien égaré dans la médecine, fut un opérateur audacieux et un clinicien remarquable, et exposait à l'Hôtel-Dieu dans son enseignement, des idées sur la pathogénie des maladies, fort différentes de celles généralement admises par ses contemporains. Il traitait les fièvres par la quinine, les troubles nerveux par les antispasmodiques, admettait le souverain pouvoir de la nature médicatrice, enfin et surtout, il paraît certain que dans les fièvres continues il préconisa la balnéation froide, bien des années avant Brandt, puisque la méthode du médecin allemand fut rapportée en France par Glénard en 1871.

Cet homme aux idées originales, donna à différentes reprises des preuves d'une valeur morale supérieure à l'humanité moyenne. Après les journées de juillet 1830, le doyen Landré Beauvais fut révoqué, et Antoine Dubois, au soir de sa vie, nommé à sa place. Le serment fut rétabli pour les membres de l'Université qui devaient jurer fidélité au roi des Français, obéissance à la charte constitutionnelle et aux lois du royaume. Les professeurs en exercice, réunis le 30 septembre se prêtèrent à cette formalité. Seul Récamier refusa, en expliquant son geste de la façon suivante : « Soumis, écrivait-il, aux lois de mon pays, je ne dois rendre compte de ce refus qu'à ma conscience et à ma famille, je préfère la cessation de mes fonctions à la Faculté et au Collège de France, à la prestation d'un serment dont la demande est arbitraire, (car l'obligation n'existe pas même dans le texte de la loi) et qui d'ailleurs ne convient pas plus à l'indépendance de la république des lettres, qu'à celle de mon caractère. Il fut révoqué. Après avoir fait un nouveau cours libre, on disait alors cours domestique, pendant quelques mois, il mourut en 1852, à 78 ans.

En dehors de Paris, pas encore ou peu de décentralisation chirurgicale avant 1830. Il convient cependant de rappeler la mémoire de deux hommes qui illustrèrent l'école de Montpellier, Delpech et Lallemand.

Delpech né à Toulouse en 1771, après des études faites à Paris fut nommé à la chaire de pathologie externe après des épreuves où il avait eu comme concurrent Maunoir (de Genève). Il a publié un *Traité de Clinique chirurgicale* ; mais il paraît surtout avoir été un des premiers médecins français à se spécialiser dans l'orthopédie qu'il dénommait orthomorphie. Il conseilla dès 1816, la section sous cutanée du tendon d'Achille pour remédier au pied bot. Il mourut à Montpellier en 1832, assassiné par un de ses anciens opérés.

Lallemand, élève de Dupuytren, il avait été chargé du service des autopsies qui étaient nombreuses à l'Hôtel-Dieu, fut nommé professeur de clinique à 25 ans, a laissé de nombreux mémoires, il semble surtout avoir été un chirurgien urinaire. Il a cependant décrit un ingénieux procédé d'autoplastie par inclinaison d'un lambeau à large base sans torsion du pédicule. Né en 1790, il mourut en 1852, après avoir fait partie de l'Académie des sciences.

Si l'on s'en rapporte à Poumiès de la Siboutie, qui fut son collègue direct dans le service de Dupuytren, Lallemand avait un superbe dédain des contingences habituelles de la vie. Toujours de mise malpropre, ses habits étaient en mauvais état, pleins de duvet, tachés d'encre, ce qui tenait à sa manière de travailler étendu sur le tapis de sa chambre, tandis qu'il ne quittait jamais une pipe fidèle. Il tirait quelques consolations de l'étude du grec et publia une traduction des Aphorismes d'Hippocrate qui resta classique jusqu'à l'apparition de l'ouvrage de Littré.

La période qui s'étend de 1825 à 1830, avait permis à des chirurgiens de valeur, de manifester leur activité d'une façon plus précise que dans les années qui s'étendirent de la dispariton de l'Académie Royale jusqu'à la chute de l'Empire. La vieille et illustre Société avait été supprimée, nous l'avons vu par un décret de la Convention un soir d'août 1793 et, ne devait pas se reconstituer ; en revanche, avait été crée l'Académie de Médecine qui par ordonnance du 20 décembre 1820, avait pris le titre d'Académie Royale de Médecine. Elle comprenait trois sections : médecine, chirurgie et pharmacie. La section de chirurgie comportait quatorze membres titulaires, cinq membres honoraires et des correspondants.

Il n'est pas téméraire d'affirmer, que du fait même des spécialisations complexes qu'elle réunissait, ses discussions solennelles ne contribuèrent que faiblement aux progrès de la chirurgie. Il faut attendre 1842 et la création de la Société de Chirurgie pour voir revivre les traditions de l'Académie Royale. Il convient de dire que dès ce moment, la Société anatomique créée à la mort de Bichat fit preuve surtout sous la présidence de Cruveilhier, à partir de 1826, d'une grande activité.

La Faculté, en dehors de quatre cliniques qui en 1830 étaient occupées par Dupuytren, Boyer, Dubois et Roux comptait trois chaires théoriques : Opérations et appareils Richerand, Pathologie générale Marjolin et Cloquet ; et des agrégés en exercice parmi lesquels on relève les noms de Gerdy, de Lisfranc et Velpeau.

La vie de la Faculté avait été du reste assez agitée. Fermée à la requête de l'évêque d'Hermopolis, l'abbé Frayssinous, grand maître de l'Université, lors des troubles dont le discours de Desgenettes [1] prononçant l'éloge

[1] Desgenettes, Professeur d'hygiène avait à ce moment 70 ans.

d'Hallé (¹) avait été la cause seconde. Elle fut ouverte à nouveau en 1823 après la destitution d'un certain nombre de professeurs. Mathéo Buenaventure Orfila (1787-1863) le fils des Baléares embaumées auquel la France avait été singulièrement accueillante, présida aux destinées de l'école au départ de Dubois en 1831. Il fut un grand doyen et il n'est pas douteux s'il eut vécu au temps de Guy Patin, que l'âpre polémiste, défenseur du principe d'autorité n'eût reconnu en lui le doyen idéal, *Caput facultatis, vindex disciplinae, custos legum,* le défenseur ardent des privilèges de la Faculté. Son nom a survécu en dehors des milieux médicaux par le souvenir des discussions passionnées qui s'élevèrent entre Raspail et lui à propos de Lafarge. Il serait injuste de ne pas reconnaître que le créateur de l'Association des médecins de la Seine (1833) eut au point de vue chirurgical d'heureuses initiatives. Convaincu avec raison, que des études anatomiques précises devaient constituer la base de l'enseignement, il

---

Né à Alençon en 1762 il avait à partir de 1793 suivi la fortune des armées. Médecin chef de l'armée d'Egypte tandis que Larrey assurait le service chirurgical on sait les efforts qu'ils firent tous deux pour organiser dans des circonstances dramatiques le service de santé de l'armée d'Orient. L'histoire des pestiférés de Jaffa, ses démêlés avec Bonaparte ont donné lieu à de nombreuses controverses. Le gouvernement de la Restauration lui conserva le titre de professeur au Val-de-Grâce. Il devait mourir en 1837, comme médecin des Invalides.

(¹) Le chevalier Jean Noël Hallé, fils d'un peintre de talent, surintendant des manufactures de tapisseries royales naquit en 1747. Après avoir été médecin ordinaire de l'empereur et de Charles X. Pendant la Révolution, il avait eu le courage de protester au nom du Lycée des Arts, contre la mise en accusation de Lavoisier. Il mourut en 1822, après avoir été opéré de la pierre par Béclard. (Genty.)

obligea les étudiants à prendre des inscriptions et à suivre les cours théoriques et pratiques de la Faculté ; la dissection put être faite dans les pavillons de l'école pratique dont la construction remonte à 1833. Le premier enfin, il paraît avoir compris la nécessité d'un enseignement officiel des spécialités. La création du musée Dupuytren est également son œuvre.

III

LA CHIRURGIE FRANÇAISE DE LA MORT DE DUPUYTREN 1835 A LA DECOUVERTE DE L'ANESTHESIE GENERALE 1846

SOMMAIRE. — *Réaction contre les doctrines de Broussais. — Les chirurgiens anatomistes, Gerdy, Velpeau, A. et P. Bérard, Laugier, Amussat, Vidal de Cassis, Jobert de Lamballe, Michon, Cloquet. G. Monod, Lenoir, Robert Huguier, Boyer, Denonvilliers, Jarjavay, Malgaigne, A. Nélaton. — Les chirurgiens de province. — Goyrand, Flaubert, — L'école de Lyon. — Gensoul, Bonnet, Reybart, Le Val-de-Grâce, Baudens, Sédillot, Hippolyte Larrey. Claude-Bernard.*

A la mort de Dupuytren en 1835, Roux reprit le service de l'Hôtel-Dieu, il n'avait que 55 ans, mais il ne semble pas dès lors, qu'il fit preuve de la même activité que pendant les vingt-cinq années de sa vie, passées à la Charité. Les honneurs académiques lui étaient venus assez tard, cependant en 1836, il avai été élu à l'Institut. Une génération nouvelle apparaissait où l'on comptait des hommes de premier plan, qui allaient avoir bientôt à leur disposition les merveilleuses ressources de l'anesthésie générale.

En dehors de Roux, deux professeurs de clinique. Gerdy, né en 1757 venait d'être nommé contre Velpeau et Blandin, c'était son douzième concours.

Si sa mémoire ne survit pas dans le souvenir des étudiants que par le tubercule qui porte son nom, il faut bien convenir, que son œuvre scientifique ne constitue pas un monument impérissable. Il a laissé un *Traité des bandages et des pansements*, des mémoires sur les fractures, les hernies, qu'il traitait par un procédé d'invagination bien curieux. Il conseillait de remédier au bégaiement par la section des génioglosses... C'est à l'occasion de cette présentation qu'il eut à la tribune de l'Académie de Médecine, avec Amussat, des discussions si violentes que Double, président en exercice dut suspendre la séance de la docte société qui avait pris l'allure d'une assemblée parlementaire.

Il eut quelque popularité parmi les étudiants en raison des attaques qu'il adressait à son ennemi personnel Orfila.

La faveur du doyen subissait des fluctuations et il fallait qu'il eût recours à toutes les ressources de son esprit latin, pour garder quelque autorité. On rapporte à ce sujet, une anecdote qu'il y a lieu de croire authentique. A la suite d'une discussion avec Gerdy, à moins que ce ne fut une querelle avec le marseillais Hippolyte Fabre, qui avait composé un poème en vers « l'Orfilaide » le Roi Louis-Philippe lui demanda où il en était avec les étudiants. « Voyez mon chapeau, Sire ? — Il n'est pas brillant, répondit le roi citoyen, il est même assez fatigué, mais que faut-il en conclure ? — Que je suis au mieux avec messieurs les élèves, car il n'y a pas un mois que je le porte. Quand je suis mal avec eux, mes chapeaux durent éternellement, pour la raison qu'aucun d'eux me faisant l'honneur de me saluer, je n'ai pas à y mettre la main ; quand au contraire ma popularité est revenue, je suis accablé de coups de chapeau et vous voyez, Sire, dans quel état est le mien .»

En dépit de ces discussions, il semble bien que l'enseignement de Gerdy ait été beaucoup moins suivi que celui de son voisin et collègue de la Charité, Velpeau. Celui-ci avait à cette époque 40 ans et était en pleine activité. Il était né dans un petit village, Brèches, situé aux confins du pays Sarthois et de la Touraine, d'une famille très modeste, son père était forgeron. Après des études médicales élémentaires à Tours, il eut l'heureuse fortune de suivre le service de Bretonneau, qui lui apporta une aide matérielle et morale. Reçu à l'agrégation de médecine en 1823 en même temps qu'Andral ; quatre ans plus tard, nommé au bureau central comme chirurgien, il oublie définitivement qu'il a commencé par être agrégé de médecine et publie en 1832, un *Traité de Médecine opératoire* qui, si il ne comporte pas d'élément d'une grande originalité fut cependant vingt ans le livre de chevet des candidats aux différents concours.

C'était l'année trouble du choléra [1] et il n'est pas sans intérêt de constater qu'à ce moment le chirurgien de Saint-Antoine, impressionné peut-être par la maladie de Trousseau, déclarait dans les lettres adressées à Bretonneau son maître, croire à la contagion du mal qui dans Paris répandait la terreur, ce qui était alors loin d'être la doctrine officielle, puisque le 21 mars 1832, les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu soussignés, croyaient devoir déclarer dans l'intérêt de la vérité, que « Quoique cet hôpital soit jusqu'à présent celui qui ait reçu le plus grand nombre de malades atteints du choléra ils n'y ont observé aucun fait qui puisse les autoriser à soupçonner le choléra contagieux... » Cette profession de foi était

[1] Paul Delaunay du Mans, Le corps médical et le choléra en 1832, *Médecine internationale*, février 1933, p. 6.

signée : Petit, Récamier, Husson, Dupuytren, Magendie, Breschet, Honoré, Guéneau de Mussy, Sanson, Gaillard, Gendrin, Bailly. A la même époque sans succès du reste, Esprit Gendron, de Château-du-Loir, praticien de campagne aux idées nettes et épris des réalités objectives, déclarait que le choléra étant transmissible, était l'effet et non la cause de la contagion.

En 1834 Velpeau est nommé à la chaire de Boyer, qui venait de terminer une longue et paisible existence. Membre de l'Institut, comblé de tous les honneurs académiques, il mourut en 1867, après avoir été dans les dernières années de sa vie un adversaire irréductible de toutes les innovations chirurgicales.

La période active de son existence fut celle des quinze premières années qu'il passa à la Charité. Ecrivain fécond, l'énumération de ses publications parues dans l'éloge que Béclard fit de lui à l'Académie, comporte des pages nombreuses. Sa *Médecine opératoire* eut plusieurs éditions, son *Anatomie chirurgicale* fut au début de sa vie universitaire, écrite avec l'assistance de Cloquet. L'activité de Velpeau, s'adressa du reste à des branches très diverses et dans l'exposé de ses titres on retrouve un *Traité d'accouchement* 1835, et un *Traité d'embryologie* 1833. Il fut enterré à Paris ; mais dans l'église de son pays natal qu'il contribua à édifier, un vitrail le représente revêtu de sa toge professorale, dans le voisinage immédiat des saints, protecteurs des vignes tourangelles.

A la génération de Velpeau, appartiennent Auguste et Pierre Bérard. Le premier, né en 1802 et mort à 44 ans en 1846, avait été nommé très jeune, professeur de clinique et remplacé Sanson dans la chaire de Dupuytren. Il collabora à la rédaction du *Dictionnaire de chirurgie*

en trente volumes. Nous avons retrouvé un bien curieux mémoire qu'il fit paraître sur l'*Irrigation continue dans les plaies*, où se trouve exposé le principe d'une méthode qui, lors de la dernière guerre rendit des services dans le traitement des lésions infectées. Il fut quelques années avant sa mort, un des fondateurs de la Société de Chirurgie.

Son frère Pierre Bérard, né en 1797, après avoir été chirurgien au bureau central jeune, fut nommé à trente quatre ans, professeur de physiologie et mourut en 1858.

Laugier (1799-1872) filleul de Fourcoy et fils d'un professeur de chimie, eut une existence calme. Chirurgien des hôpitaux et agrégé, à la mort de Roux en 1854, il fut nommé professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Il semble avoir conseillé le premier la suture nerveuse après section traumatique des nerfs périphériques. A une époque où il n'était pas encore question de spécialisation il décrivit un procédé d'extraction du cristallin dans la cure de la cataracte et proposa l'ablation du sac dans les dacryocystites chroniques. Il attira l'attention sur l'importance clinique qu'avait un écoulement séreux par l'oreille dans les fractures de la base du crâne.

Amussat et Vidal de Cassis, nés l'un en 1796, l'autre en 1803, ne firent ni l'un ni l'autre un enseignement officiel, mais eurent une réputation considérable dans la période qui s'étend entre 1830 et 1840. Amussat fut surtout un chirurgien urinaire et sa renommée était presque aussi grande que celle de Civiale. Il pratiqua de nombreuses lithotrities et ses travaux sur l'anatomie de l'urèthre furent reproduits par d'autres auteurs qui négligent de le citer, Il conseilla l'hémostase des artères par torsion et règla la technique d'un procédé d'anus artificiel. Vidal de Cassis, voisin de Ricord à l'hôpital du Midi vécut avec

celui-ci en mauvaise intelligence. Il eut dans sa vie deux idées neuves en conseillant les opérations en plusieurs temps, qui permettaient de diminuer les risques opératoires et en préconisant l'emploi des pinces serres-fines.

Jobert de Lamballe est peut-être des hommes de cette génération, celui qui eut les conceptions les plus originales. Il a le grand mérite d'avoir décrit une intervention dont on a guère modifié le principe, la cystoplastie par glissement, et proposé une technique ingénieuse de suture intestinale. Jobert qui mourut professeur de clinique et membre de l'Institut, était né dans les Côtes du Nord, à Matignon en 1802, dans des conditions matérielles misérables. Genty rapporte que la gêne régnait si profondément dans la maison du breton Jobert, ancien soldat du régiment de Berry, que la mère du chirurgien accoucha sur une botte de paille, et que, plus tard, alors que la pension que lui faisait son fils l'eut placée dans des conditions qu'elle considérait comme vraiment luxueuses, la brave femme ajoutait avec une sorte de fierté, qu'il y avait si peu de paille qu'elle sentait l'humidité du sol.

Jobert put faire ses études,grâce à l'aide du curé du pays, l'abbé Souleville, et du médecin le docteur Bedel. Arrivé à Paris, il fut reçu à l'internat en 1821 dans une promotion de onze élus dont les deux premiers étaient Pierre et Philippe Boyer. Huit années plus tard il était agrégé. En 1830 nommé chirurgien consultant du Roi en même temps que Dupuytren il revint à l'hôpital Saint-Louis où il avait été interne. Il ne fut nommé professeur de clinique qu'en 1854, alors que le concours avait été supprimé. Chirurgien consultant de Napoléon III, il eut à cette époque une réputation égale à celle de Nélaton. A la mort de Magendie en 1855, il entrait à

l'Institut. Sa fin fut misérable, il mourut à Passy dans la maison du docteur Blanche, de paralysie générale, secondaire à des accidents spécifiques qu'il avait contracté en opérant. Il avait 62 ans. Son *Traité des plaies par armes à feu*, basé sur les observations cliniques observées lors des journées de juillet ne présente peut-être pas une originalité très marquée il n'en est pas de même de son *Mémoire sur les plaies et sutures du canal de l'intestin*, qui comporte la description d'une technique nouvelle.

Michon était né à Paris en 1802 et appartenait à une famille médicale. Ses débuts furent moins pénibles que ceux du chirurgien de Saint-Louis. Il ne fut pas professeur, mais ses cours de médecine opératoire faits à l'école pratique, avec Lenoir et Robert eurent un grand succès, et furent aussi suivis que ceux de Lisfranc. Il avait été interne de Dupuytren, et fut un des rares assistants qui subirent sans protester la rude tutelle du maître de l'Hôtel-Dieu. Il a publié un *Mémoire sur la cure radicale des fistules vésico-vaginales*, où il décrit un procédé qui diffère quelque peu de celui de Jobert. Membre fondateur de la Société de chirurgie, il en fut le président après Bérard en 1844.

Jules Cloquet qui devait mourir en 1883, à l'âge de 93 ans, était né en décembre 1790. Après avoir été l'élève de Cléophas Flaubert à Rouen, il fut reçu à l'internat en 1811, dans une promotion où Cruveilhier était nommé en tête de liste. Chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Louis en 1819 sous les ordres de Richerand ; professeur de clinique chirurgicale en 1833, il avait publié en 1821, un *Traité de l'acupuncture*, procédé thérapeutique rénové des Chinois dont il est difficile de préciser la valeur. Cette méthode lui attira une clientèle considérable.

Ses succès expliquèrent non sans apparence de raison les sarcasmes de Velpeau, son élève, qui écrivait à Bretonneau en 1823, « Jules s'est emparé de l'acupuncture... avec elle il guérit tout. Il va promptement faire fortune ; car déjà les comtesses, les duchesses, les princes accourent se faire piquer, et bientôt il ne pourra plus y suffire... ». Cela n'empêche du reste pas Cloquet de faire paraître en 1830, un *Traité d'anatomie* en cinq volumes qui comporte de nombreuses planches qu'on trouve reproduites sans grandes modifications dans d'autres ouvrages sous une autre signature que la sienne.

Chirurgien consultant de Napoléon III, baron de l'Empire, membre de l'Institut, il avait publié également en 1836, un volume de Souvenirs sur la vie du général de Lafayette, dont il avait été le médecin et l'ami. Genty a retrouvé dans les lettres qu'il adressa à Hippolyte Larrey, et qui furent données à l'Académie de Médecine par Juliette Dodu des documents intéressants et ces deux aphorismes qui sont empreints d'une douce philosophie « *La chirurgie comme l'art de plaire ne peut être pratiquée avec succès que pendant la jeunesse* ».

« *Rien n'assouplit le caractère d'un homme comme sa candidature pour une place qui dépend du suffrage de ses semblables...* »

Gustave Monod, né en 1803, était issu d'une famille prolifique. Lenormant dans le bel éloge qu'il fit de Gustave et Charles Monod, rapporte qu'en 1893, on comptait trois cent quarante deux descendants, vivants ou morts de Jean Monod, le pasteur protestant, père du chirurgien et de sa femme Louise de Conninck.

Il fut aussi l'interne de Dupuytren et à ce propos nous empruntons à son biographe, une anecdote qu'il y a lieu

de croire véridique, quand on sait l'orgueil invraisemblable du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. L'interne était dans le service chargé des autopsies. Dupuytren, se faisait communiquer à l'avance le résultat de ces dernières, ce qui lui permettait d'annoncer à coup sûr les lésions auxquelles avaient succombé les malades. Monod était trop honnête pour se prêter à cette supercherie. Dupuytren furieux, saisit la première occasion pour le frapper des foudres que l'administration laissait alors entre les mains des chefs de service et lui supprima le traitement de quatre cents francs attribué aux internes. Monod tenait le cahier où l'on inscrivait toutes les observations cliniques et les protocoles d'autopsies ; il ne consentit à remettre ce registre, véritables archives de la clinique, que contre le paiement intégral de son traitement. Dupuytren dut céder. Agrégé en 1832 dans un concours où prenaient part Malgaigne et Sédillot, à leur retour de Pologne, et un médecin de campagne qui devait plus tard s'illustrer dans une autre spécialité, et qui s'appelait Ricord. Il a beaucoup opéré et peu écrit. Troisième président de la Société de Chirurgie, il mourut en 1890 à 87 ans.

Huguier, né à Cézannes en 1804, chirurgien des Hôpitaux en 1825 et mort à Paris en 1873, conseilla la résection temporaire du maxilaire supérieur comme premier temps de l'extirpation des polypes naso pharyngiens et précisa la technique du catéthérisme intra utérin à l'aide de l'hystéromètre. Il fut dans les dernières années de sa vie professeur d'anatomie à l'école des Beaux-Arts.

Boyer (1801-1858) était le fils d'Alexis Boyer, dont la longue existence s'était écoulée paisiblement sous les divers régimes qui se sucédèrent tour à tour dans le premier tiers du XIX[e] siècle. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, il s'était égaré dans la thérapeutique médicale en publiant

un *Traité de la syphilis*. Homme modeste, il eut cependant une grosse situation de clientèle. Dans son enseignement il eut le mérite de s'élever contre la pratique des chirurgiens qui, à la suite de Dupuytren et de ses élèves purgeaient et saignaient leurs malades en les soumettant à une diète sévère. Comme Récamier, il s'était abstenu de ces pratiques pénibles, alimentant ses opérés, déclarant que l'acte opératoire n'était qu'un accident au cours du cycle de la vie normale, qui devait être continué toutes les fois que celà était possible, malgré l'intervention.

Lenoir (1802-1860) fut avec Cruveilhier un des douze fondateurs de la Société anatomique, agrégé et chirurgien du bureau central, il a décrit un procédé d'amputation sus-malléolaire et, à un moment de son existence où il concourut à la chaire d'obstétrique, il publia avec Marc Sée et Tarnier, un *Atlas d'accouchement* en 1860.

Denonvilliers, dont le nom rappelle seulement aux étudiants l'aponévrose qu'il a décrit, fut un chirurgien mais surtout un anatomiste, né en 1808 il mourut en 1872. Il avait été chef des travaux pratiques, puis professeur d'anatomie en 1846. A la fin de sa vie, à la mort de Béclard, il fut désigné comme inspecteur général de l'enseignement.

Robert, parent de Berlioz [1] né à Marseille en 1801,

---

[1] L'auteur de la *Damnation de Faust* et de *Roméo et Juliette*, ne fut du reste étudiant en médecine que quelques mois. Fils d'un médecin de la Côte Saint-André, dans l'Isère, il entra à la Faculté sans enthousiasme, et écrivait après ses premiers contacts hospitaliers « Etre médecin, étudier l'anatomie, disséquer, assister à d'horribles opérations au lieu de me livrer corps et âme à la musique, cet art sublime dont je concevais déjà la grandeur ; quitter l'empyrée pour les tristes séjours de la terre ! Les anges

avait, avec son cousin, qui devait s'illustrer dans une toute autre voie, commencé ses études à Grenoble. Interne de Dupuytren il était en 1835 chirurgien des Hôpitaux puis agrégé, il échoua au professorat malgré de nombreux concours ; mais fit pendant quinze ans un cours libre à la Faculté. Membre de la Société de Chirurgie et de l'Académie. Robert n'a pas laissé de trace de travaux scientifiques en dehors des thèses qu'il présenta aux nombreux concours qu'il devait affronter.

Jarjavay, plus jeune de quelques années était né en 1819, fut comme Denonvilliers surtout un anatomiste. Il collabora à la rédaction de l'Anatomie descriptive de Cruveilhier ; cependant, dès 1847, il avait publié une thèse de concours sur les : *Opérations applicables au corps fibreux de l'utérus*, qui comportait alors des conclusions qui paraissaient d'une extrême audace.

Morel Lavallée, son aîné de huit années, mourut en 1865. Agrégé, chirurgien des Hôpitaux, il avait pris part au dernier concours ouvert à la Faculté pour une chaire de chirurgie, il échoua devant Nélaton. Il a publié un mémoire sur les hernies du poumon et décrit les épanchements traumatiques de sérosité qui portent son nom.

A des titres divers, les deux hommes les plus représentatifs de cette génération, sont Malgaigne et Nélaton.

C'est une bien curieuse figure que celle de Malgaigne. S'il n'eut pas toujours un caractère d'une parfaite aménité, s'il ne fut peut-être pas, un de ces magnifiques

---

immortels de la poésie et de l'amour, pour des cadavres hideux, les cris des patients, les plaintes et le rale précurseur de la mort... Oh ! non tout cela me semblait le renversement absolu de l'ordre naturel de la vie, monstrueuse et impossible (M. Renault). Il quitta la Pitié en 1822, puis entra au Conservatoire où il fut l'élève de Lesieur, pendant que régnait Chérubini.

ouvriers de notre art, dont le type nous apparaît sous la figure d'un Dupuytren, d'un Maisonneuve ou d'un Péan, il fut certes une des plus belles intelligences médicales de la moitié du dernier siècle.

Il était né dans les Vosges, à Charmes en 1806, quatre ans après Sédillot, avec lequel il eut de si âpres querelles. Etudiant d'abord à Nancy, il entre au Val-de-Grâce, passe sa thèse et va faire la guerre en Pologne. Après la défaite d'Ostrolenka, la Pologne succombe. Dieu était trop haut et la France trop loin...

Il rentre à Paris, quitte l'armée et affronte la dure carrière des concours. Il est en 1836, nommé à l'agrégation en même temps que Sédillot qui le précède avec Lenoir et Hippolyte Larrey qui le suivent. Chirurgien des hôpitaux à 29 ans, il eut beaucoup plus de mal à accéder au professorat et ce n'est qu'à son quatrième concours qu'il remplaça Blandin dans la chaire de médecine opératoire ; et encore Rochard raconte-t-il, qu'à son épreuve pratique, appelé à faire la résection du coude, après avoir insisté sur les dangers de léser le nerf cubital, il le coupa en travers après avoir fait passer son incision trop en dedans.

Malgaigne ne fut peut-être pas en effet un opérateur remarquable, inférieur en tous cas à ses concurrents plus jeunes, qui étaient Chassaignac et Maisonneuve, mais il fut un très grand professeur et un des hommes les plus cultivés qui honorèrent notre profession. Son *Manuel de médecine opératoire*, qui date de 1834, constitue une mise au point de la technique employée jusqu'alors, il eut un grand nombre d'éditions publiées après sa mort par Lefort. Son *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale*, qui parut quelques années plus tard est plein d'intérêt, et comporte toute une série d'aperçus

originaux. Son maître livre, est le *Traité des fractures et luxations* (1848) qui a été largement pillé de façon anonyme par de nombreux compilateurs.

Joseph-François Malgaigne fut un écrivain de haute valeur, un lettré et un humaniste. Sa préface aux *Œuvres d'Ambroise Paré* (1) est écrite en une belle langue classique. Son *Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie,* constitue l'introduction à une histoire générale de la chirurgie dont il avait paraît-il tracé le plan, mais qu'il ne put réaliser.

D'une façon certes très théorique, il ramène l'histoire de la médecine à six périodes dominées par une méthode philosophique régnante et se résumant dans une méthode et l'œuvre d'un homme...

C'est tout d'abord la philosophie de Socrate, et l'observation hippocratique, puis la philosophie de Platon et le dogmatisme de Galien ; vient ensuite l'époque du bas empire, la période de l'école arabe, celle du moyen-âge sous le seul principe d'autorité. Il n'y a plus, dit-il à ce moment, d'observateur digne de ce nom, mais des théoriciens et des compilateurs, et il renonce à trouver l'homme représentatif de cette période décadente ; puis vient la réforme avec Ambroise Paré, et enfin les deux dernières époques, celle de la philosophie de Descartes et de la chirurgie de Jean-Louis Petit, basées sur le raisonnement. Celle de la philosophie de Bacon enfin, et de la chirurgie de John Hunter basées sur l'expérience.

---

(1) *Œuvres complètes d'Ambroise Paré,* en trois volumes précédées d'une introduction, sur l'origine et les progrès de la chirurgie en Occident, du VIe au XVIe siècle, J.-F. Malgaigne, J.-O. Baillière, 1840.

Etre baconien, dans l'esprit de Malgaigne, c'est rejeter tout ce qui vient de l'autorité ou du raisonnement pur et n'accepter que les données de l'expérience.

Tout celà est peut-être un peu diffus, mais il n'en est pas moins vrai comme le fait justement remarquer Lenormant que Malgaigne, baconien et vitaliste donne une place dans sa Chirurgie expérimentale aux observations faites sur l'animal à côté de celles faites sur le cadavre, et qu'il eut le très grand mérite de ne pas vouloir séparer les recherches physiologiques des études anatomiques.

Rochard, qui paraît avoir bien connu Malgaigne, le dépeint comme ayant été possesseur d'un très mauvais caractère... celà apparaît en effet comme très probable. Il eut avec Sédillot, à propos de la pathogénie de l'étranglement dans les hernies une discussion d'une grande âpreté et la tribune de l'Académie fut le siège de luttes oratoires violentes qui cadraient mal avec l'austérité de la docte Société. En étudiant la vie de Sédillot (1), nous avons recherché quelle pouvait être la cause première de l'inimitié de ces deux hommes, qui avaient pendant bien des années évolué dans des voies parallèles et avaient été reçus ensemble à l'agrégation, nous ne l'avons pas trouvé.

En 1832, se présentant à ce concours, en même temps que Sédillot qui avec lui revenait de Pologne, il est éliminé comme son camarade du Val-de-Grâce. Il semble cependant que les épreuves des deux candidats aient été brillantes surtout celles de Malgaigne, qui avait présenté une thèse sur les polypes utérins. Il révéla du reste ce

---

(1) DE FOURMESTRAUX, Sédillot, Quelques pages d'histoire de la Chirurgie française, *Archives Médico-Chirurgicales de Province*, 1932.

jour là l'intransigeance de son caractère, car lors de l'argumentation publique des thèses, en commentant celle d'un de ses concurrents, il déclarait sans ménagements : *Il y a, monsieur, dans votre travail, des choses qui sont nouvelles et qui sont bonnes, malheureusement celles qui sont nouvelles ne sont pas bonnes, et celles qui sont bonnes ne sont pas nouvelles...*

Au cours de sa vie mouvementée, deux ans avant sa nomination à la chaire de médecine opératoire, il avait été élu député de Paris, aux derniers jours du règne de Louis-Philippe, mais sa carrière parlementaire ne dura que quelques mois. La Révolution de février emporta la Chambre de Guizot avec le trône, et Malgaigne. Il ne fut du reste pas candidat aux élections de la Constituante. Son programme électoral cependant, plein de bon sens, réclamait déjà... la limitation du nombre des fonctionnaires, la liberté de l'enseignement et le contrôle de l'Etat, et il écrivait ces lignes d'une actualité aiguë. « Je ne veux qu'aucun instituteur ne soit entre les mains d'un parti ou d'un autre et ne constitue un foyer de propagande contre nos institutions. »

A l'Académie de Médecine où il prenait la parole avec énergie ; trois ans avant sa mort, il protestait contre l'insalubrité des hôpitaux de Paris et reprenant les idées de Tenon, il demandait l'organisation de pavillons isolés, la réduction du nombre de lits, et qualifiait l'hôpital Lariboisière récemment édifié, de Versailles de la misère. Il réclamait la création d'hôpitaux construits en dehors du centre de la ville, en déclarant au grand scandale d'Husson, alors directeur de l'Assistance publique, que les hôpitaux de Paris, phrase exacte à l'époque, étaient les plus détestables de l'Europe, et qu'en s'entêtant à construire des centres hospitaliers en pleine ville, pour pou-

voir abréger le chemin qui sépare le malade de sa famille, on risquait d'abréger celui qui le sépare de la mort.

Malgaigne qui n'assistait plus aux séances de la Société de Chirurgie après avoir été un de ses fondateurs fut plus assidu à l'Académie de Médecine qu'il présida en 1865. Au cours du mois de janvier de cette année, il présenta une hémorragie cérébrale qui fut cause de sa mort.

Auguste Nélaton, contemporain de Malgaigne, était plus jeune d'une année (1807). Fils d'un officier de l'Empire, il appartenait à une famille bourgeoise aisée et ne connut pas les lourds soirs d'angoisse, de ceux que le sort fit naître dans la misère, comme son contemporain Jobert de Lamballe. Interne en 1831, dans une promotion où il était précédé par Barthe, Grisolle et Maisonneuve. Assistant de Dupuytren dans les dernières années de sa vie, il sut ne pas attirer trop souvent la colère du maître redoutable. Il arriva rapidement à l'agrégation puisqu'il n'avait que vingt-neuf ans ; mais ne fut nommé professeur que douze ans plus tard en 1851, lors du dernier concours sur épreuves pour accéder à une chaire magistrale. Sa réputation de clinicien lui attira une clientèle considérable et sa renommée dépassa les frontières de France le jour où appelé en consultation auprès de Garibaldi, il fit un diagnostic exact en employant un procédé très ingénieux.

Garibaldi avait reçu au combat d'Aspromonte, un coup de feu au niveau de l'articulation tibio tarsienne. Les chirurgiens italiens avaient affirmé que le projectile était sorti, mais la plaie suppurait et il n'y avait aucune tendance à la guérison. Nélaton pour préciser le diagnostic, conseilla à Zanetti, chirurgien traitant, d'explorer le trajet avec un stylet terminé par une olive de porcelaine non

vernie qu'il lui envoya ; l'olive après avoir pénétré dans le trajet et atteint la balle qui était située sur le col de l'astragale, présenta des traces noirâtres dans lesquelles l'examen chimique permit de retrouver des traces de plomb. Quelques jours après la balle put être extraite. La presse annonça le résultat heureux de l'intervention à toute l'Europe et Nélaton eut rapidement une réputation qui n'avait été égalée que par celle de Dupuytren. Chirurgien ordinaire de l'Empereur, en 1867, il prit part avec Sée, Ricord, Conneau et Fauvel à la fameuse consultation de Saint-Cloud qui, en juillet 1870, précéda de si peu la guerre.

On lui a reproché dès ce moment de ne pas avoir conseillé une intervention chez le douloureux vaincu de Sedan qui présentait probablement un rétrécissement de l'urèthre (1) et certainement des calculs vésicaux. Accom-

---

(1) Nous avons retrouvé dans les archives du Val-de-Grâce (fonds Juliette Dodu) une bien curieuse lettre que Sédillot adressait, dès 1865, à Hippolyte Larrey, son camarade du Val-de-Grâce, au sujet de la maladie de l'Empereur. Elle est antérieure de cinq années à la consultation de Saint-Cloud. H. Larrey inquiet de l'état de santé de Napoléon III, dont il était aussi chirurgien consultant, demande avis à Sédillot dont il sait la haute valeur clinique, celui-ci lui répondit en ces termes : « J'ai suivi votre voyage avec préoccupation, les craintes qui planaient et devaient l'assombrir : *Post equitem sedent atra cura.* — L'empereur est-il bien soigné ? Voilà la question générale. Qu'il soit entouré par des gens d'esprit, cela n'est pas douteux, mais l'agrément de la forme ne l'emporte-t-il pas sur le fond ? Il s'agit probablement d'une cystite chronique avec rétrécissement et symptômes graves d'intoxication urinaire après un ou plusieurs cathétérismes ; mais depuis la mort de Civiale, qui malgré sa profonde ignorance scientifique possédait une grande expérience, on ne compte plus de spécialistes des voies urinaires...

Boileau traduit ainsi l'hémistiche d'Horace : « Le chagrin monte en croupe et galope avec lui ». Je ne crois pas pour ma part que ce soit une traduction littérale et nous laissons aux lecteurs le

pagné de son fils Charles Nélaton, il se rendit à Chileshurst en 1873 auprès de Napoléon III, qui devait succomber le 9 janvier de cette année après des tentatives infructueuses de lithotritie.

Nélaton mourut le 9 septembre de cette même année. Il a peu écrit, son *Traité de pathologie chirurgicale* paraît avoir été rédigé en grande partie par Sappey, à la deuxième édition collaborèrent Jamain et Péan.

Au début du siècle, Lyon avait eu un chirurgien, Marc-Antoine Petit, le maître de Récamier, dont la réputation avait été grande. Né en 1768 et mort en 1811, A. Petit fonda la Société de Médecine de Lyon et enseigna la pathologie externe (1).

Six années plus tard Gensoul, était appelé aux fonctions de chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Chef de service, à 24 ans, il paraît avoir été un opérateur heureux, d'une extrême audace. Après un court séjour à Paris il fit toute sa car-

---

soin d'établir le rapport entre le *Post equitem* et la sténose uréthrale à laquelle pensait Sédillot.

Lettres de Sédillot, à Hippolyte Larrey. Fonds Juliette Dodu. *Archives du Musée du Val-de-Grâce*, L. II, 241.

(1) En 1775 la communauté des chirurgiens s'était transformée en collège de chirurgie et dès 1788, les élèves nommés au concours accédaient aux grades de chirurgien aide-major avant d'être titulaires d'un service.

L'aide-major devait, après sa nomination, faire un stage de deux ans à Paris pour se perfectionner, il revenait alors à Lyon où il succédait au chirurgien-major qui avait terminé ses six années d'exercice. Le règlement de 1816 rappelle que celui-ci qui logeait à l'hôpital avec ses élèves ne devait découcher sous aucun prétexte...

Dans cette organisation, à aspect très militaire, le chirurgien-major était considéré comme le chirurgien-chef. Cette hiérarchie ne fut supprimée qu'en 1894 (*Histoire de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, publiée par la Commission des Archives des Hospices, Audin, 1924).

rière à Lyon où il était né en 1797, et où il mourut en 1858. Il n'a rien écrit ou bien peu de chose, et le résultat de ses interventions a été publié seulement dans les thèses de ses élèves. En 1852, il reséqua la moitié du maxillaire inférieur, intervention qui avait déjà été faite par Dupuytren en France et Valentine Mott en Amérique. Deux années plus tard, en une technique réglée qu'il avait précisé de toute pièce avant d'intervenir, il en exécuta avec succès la résection totale.

Bonnet, son successeur à l'Hôtel-Dieu, né en 1820 à Ambérieux et mort en 1858, avait fait ses études à Paris où il fut l'interne de Richerand. A 25 ans, en 1833, et à la suite d'un concours heureux, nommé chef de service, il se spécialisa dans l'orthopédie. Son livre sur les *Sections tendineuses et musculaires* eut un succès considérable. Les ténotomies les plus diverses furent pratiquées avec une fréquence invraisemblable dans la période qui s'étend de 1830 à 1840, fréquence qui dépassa de beaucoup les indications opératoires qu'avait posé Bonnet. Son *Traité des maladies des articulations* paru en 1845, donna certainement à l'école de Lyon, l'orientation qui fut la sienne pendant de nombreuses années et qui devait aboutir aux travaux d'Ollier. Vers la même époque, deux chirurgiens lyonnais, qui n'étaient titulaires ni de chaires, ni d'enseignement officiel eurent une grande réputation, Pravaz et Reybard. Le premier, ancien élève de polytechnique, démissionnaire en 1815, fut à la suite de Bonnet un orthopédiste. On lui doit des travaux documentés sur les luxations congénitales et le traitement des anévrysmes par les injections coagulantes.

Reybard, né en 1790, exerça la chirurgie à Annonay jusqu'en 1835 ; il publia à ce moment un travail sur le

traitement de l'anus contre nature qui fit connaître son nom. Il s'installa alors à Lyon, c'est là qu'il écrivit son *Mémoire sur la thoracentèse* et présenta la description du trocard, qui avec quelques variantes de détail est encore utilisé sous d'autres noms que le sien.

Goyrand d'Aix, né en 1803, mort en 1866, eut une réputation régionale très grande. Il fut un des nombreux cliniciens, qui avec Malgaigne eurent d'âpres discussions au sujet de la pathogénie de l'étranglement dans les hernies, anneau ou collet du sac. Si l'intérêt de ces discussions nous apparaît comme bien mince à l'heure actuelle, elles amenèrent cependant devant les cénacles académiques de violents débats.

Le normand Achille-Cléophas Flaubert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen où il mourut en 1846, était né à Mézières en 1786. Opérateur audacieux, il eut une idée qui suffit à sauvegarder sa mémoire de l'oubli. En 1838, il pratiqua une suture osseuse à un malade qui présentait une pseudarthrose, il le guérit après résection et coaptation des fragments. Si l'on s'en rapporte à Bérenger Feraud [1] la suture osseuse aurait été pratiquée avant lui par Kearny Rodgers en 1825. Il ne semble pas que Flaubert ait eu connaissance du travail du chirurgien américain, et c'est en tout cas à lui sans contestation possible que revient le mérite d'avoir utilisé le premier en France, la prothèse métallique dans le traitement des fractures.

La chirurgie militaire, alors qu'elle avait avec Larrey et Percy, résumé de 1800 à 1815, la presque totalité de la chirurgie française, ne comporte sous la Restauration et Charles X que des hommes de second plan. C'est parmi

[1] Béranger Feraud, *Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures*, Paris, 1870, p. 267.

ceux-ci qu'on peut classer Bégin, qui a donné son nom à un hôpital du gouvernement militaire de Paris. Né en 1793 il mourut en 1859, après avoir été professeur de clinique au Val-de-Grâce et membre de l'Académie de Médecine. Elevé à la dure école de l'armée impériale, il fut certainement un soldat courageux ; mais son influence sur les médecins militaires de cette époque fut lamentable. Il s'était entièrement rallié aux doctrines romantiques de Broussais, et couvrait de sangsues les moignons de ses amputés, pansait les plaies avec des cataplasmes, saignait ses opérés, les mettait à la diète, et ce qu'il y avait de plus grave, le conseillait de façon impérative à ses élèves. Nous avons retrouvé dans les Archives du ministère de la guerre [1] une correspondance échangée entre Sédillot et Bégin, qui fait le plus grand honneur au maître de Strasbourg et beaucoup moins à Bégin.

Scoutetten, contemporain et élève de ce dernier, décrivit un ingénieux procédé d'amputation par lambeau ovalaire, il se rallia lui aussi à l'enseignement de son maître et fut fâcheusement influencé par les doctrines de Broussais.

Rochard, dans son livre, cite trois chirurgiens de marine qui eurent une réputation réelle à cette époque, Regnaud, Foullioy et Clemot. Nous n'avons pas trouvé trace des travaux des deux premiers, le troisième, Clemot né en 1776 et mort en 1852, passa sa vie à Rochefort, ce marin gynécologue décrit très longuement la technique de la taille vésico-vaginale, que la hantise des accidents infectieux faisait alors apparaître comme logique. Il conseilla et réalisa l'ostéotomie cunéiforme dans les fractures du fémur vicieusement consolidées et il semble bien qu'il ait précédé

---

(1) Nous remercions M. le Médecin général Dopter, qui nous a donné la possibilité de compulser ces documents intéressants.

dans cette voie Rhea Barton. Il paraît également avoir été le premier à signaler (1811) le danger de la pénétration de l'air dans les gros troncs veineux.

Il faut attendre 1830, pour voir apparaître Baudens et Sédillot. Tandis cependant que celui-ci, issu du Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté de Paris et enfin professeur de clinique à Strasbourg fut un grand chirurgien et un professeur dont la réputation au cours de son enseignement à la vieille Faculté des marches de l'est dépassa de loin les frontières de son pays d'adoption. Baudens, sans autre titre officiel que son grade, suivit la fortune des troupes de France en Afrique. Il fut un clinicien et un opérateur remarquable.

Baudens était né à Aire, dans ce coin mélancolique de la Flandre française, qu'arrosent les eaux de la Lys, l'année de la proclamation de l'Empire en 1804. Elève à l'Ecole d'instruction de Strasbourg, entré au Val-de-Grâce à vingt ans en 1825 ; il y fut comme Sédillot élève de Gama, professeur de clinique chirurgicale, prédécesseur de Bégin, qui ne paraît pas avoir eu comme ce dernier le culte aveugle de Broussais, et se rattachait plutôt par tradition à Desault et à celle de l'Académie Royale. En 1829, il passe une thèse sur la cystostomie, travail remarquable et qui n'a pas vieilli. Quelques mois plus tard, envoyé comme aide-major au 11e régiment de dragons, il publie un mémoire sur les rétrécissements de l'urèthre où l'on trouve une très belle observation clinique d'infiltration urinaire, traitée par de larges débridements devenus classiques plus tard, après les travaux du Guyon.

Il conseille à la suite de Béclard de Strasbourg, dans les rétrécissements impossibles à franchir, l'abord de la vessie par la voie haute. Chirurgien de l'expédition d'Alger sous les ordres de Moricheau-Beaupré, médecin chef, homme

aux idées larges qui laisse toute initiative à ses subordonnés quand il sait leur valeur ; il suit les troupes d'Afrique, pendant les premières années de la conquête, aux heures incertaines des combats quotidiens : prise de Constantine, expéditions de Blidah, Miliana, Tlemcen, Médéah. C'est au cours de cette dernière qu'il imagina pour permettre l'évacuation de ses blessés l'excellent appareil qui en immobilisant le membre pelvien avec point d'appui ischio-pubien et inguino-crural, a été avec quelques légères modifications, employé pendant la guerre de 1914, sans que le souvenir de son auteur ait été évoqué.

En 1835, il contribua à l'organisation de l'Ecole de Médecine d'Alger. Dans les *Cliniques des plaies par armes à feu* parues en 1836, ce soldat montre qu'il fut un très grand chirurgien. Dans ce travail, Baudens repoussait avec énergie la doctrine de l'absention opératoire dans les plaies de l'abdomen, qui devait hélas, rester classique trop longtemps dans les traités de chirurgie d'armée. Il conseille d'intervenir de façon active, de rechercher l'éclat du boulet ou la balle et les débris de vêtements qu'elle a entraînés, de suturer les plaies de l'intestin au lieu d'abandonner le malade à son triste sort... Il engage d'autre part ses élèves à pratiquer le moins d'amputations possible, celles-ci ; dit-il, peuvent être évitées par de larges débridements et par des résections diaphyso-épiphysaires qu'il pratique en suivant la technique de Moreau, sans qu'il ait eu, semble-t-il, connaissance des travaux des chirurgiens de Bar.

Baudens mourut à la fin de la guerre de Crimée en 1857.

Sédillot qui, lui aussi avait fait la campagne de Constantine, était né en 1804, la même année que Baudens, mais son éducation chirurgicale semble avoir été plus

solide. S'il n'eut pas les idées véritablement géniales de son camarade, au cours d'une vie toute entière consacrée au travail, il fut une des plus belles figures de la vieille Faculté de Strasbourg à laquelle sa vie est liée pendant trente années de labeur fécond. Parisien de Paris, il fut rapidement, après avoir été répétiteur de chirurgie au Val-de-Grâce, reçu à l'agrégagion en 1836 dans un concours où il arriva en tête avec Malgaigne, Lenoir et Hippolyte Larrey, le fils du chirurgien de l'Empereur. Après deux échecs au concours institué pour le professorat, chaire de Dupuytren et chaire de Richerand, il est nommé en même temps que Rigaud chirurgien des Hôpitaux de Paris, professeur de clinique à Strasbourg. C'est là, qu'il publia ses *Cliniques*, sa *Médecine opératoire* longtemps classique, qu'il fera sa première gastrostomie et ses travaux sur l'anesthésie générale.

Il émit à ce moment un aphorisme malheureux en déclarant que le chloroforme pur et bien donné ne tuait jamais — opinion qu'expliquait seul le soin que lui et ses élèves apportaient à donner le nouvel anesthésique.

Sédillot quitta Strasbourg au moment de la prise de la ville, n'accepta pas l'hospitalité fraternelle que lui offrait Nancy et cet homme à l'activité prodigieuse n'opéra plus jamais après 1870. Il mourut en 1882, après avoir servi avec une admirable indépendance sous les régimes qui se succédèrent tour à tour de 1804 à la troisième république. Dans les dernières années de sa vie, il fut un des défenseurs de Pasteur aux heures grises où ce dernier comptait des adversaires irréductibles.

La figure d'Hippolyte Larrey, qui entretint, pendant plus de quarante années des relations d'amitié avec son camarade de travail et concurrent à l'agrégation Sédillot, vaut qu'on s'y arrête un instant. Fils de Dominique

Larrey, le chirurgien de l'Empereur, il était l'héritier d'un nom illustre et difficile à porter. Né à Paris en 1808, agrégé à 28 ans en même temps que Lenoir et Malgaigne, quatre ans après son entrée au Val-de-Grâce. Dès son arrivée au pouvoir, Napoléon III l'attache à sa personne. Il est successivement chirurgien de la Cour, médecin inspecteur, chirurgien en chef de l'armée d'Italie, membre de l'Académie, membre de l'Institut. Si sa figure pâlit à côté de la figure légendaire de Dominique Larrey, il n'en est pas moins vrai qu'il eut une très réelle valeur et que son influence eut une action des plus utiles sur les destinées du service de Santé. Il n'eut ni la puissance de travail, ni le cerveau créateur de Sédillot ou de Baudens et puis, il était le chirurgien à la mode dans cette période brillante du Second Empire où la vie était si facile.

Il était jeune, beau, élégant, auréolé d'une récente gloire militaire, il avait eu un cheval tué sous lui à Solférino et avait fait preuve de bravoure au siège d'Anvers et aux champs de bataille d'Italie. Dans ces conditons de travail, le labeur fécond, fils du calme et de la retraite, était plus difficile que dans le silence de la Robertsau, où le professeur de clinique de Strasbourg avait isolé son bonheur. Fils de la belle Elisabeth de Laville, la douce compagne du rude Dominique Larrey, il fréquentait et aimait ce qu'on appelle le monde, tout imprégné encore du romantisme de Lamartine, dont son collègue Sédillot ne portait que les cravates austères.

Dans ses mémoires, H. Larrey nous conduit chez Cuvier, chez Rambuteau, avocat du roi auprès du peuple, avocat du peuple auprès du roi, et dont la main préfectorale et paternelle a orné nos trottoirs d'édicules discrets, couverts, a dit Camuset, d'avis offerts gratis à d'amers désespoirs. Chez la comtesse italienne Dubourg, il rencontre Musset,

Thiers, Alexandre Dumas, Talleyrand, dont la vue fit frémir d'indignation Dominique Larrey. Il fréquente l'abbaye au Bois, c'est dans le salon de la belle et douce Juliette qu'il entretint d'aimables relations avec une jeune poétesse qui fut charmante, mais dont le nom a sombré dans l'oubli et qui s'appelait Elisa Mercœur. Il suit son convoi funèbre avec Chateaubriand et Ballanche et déclare tristement qu'il lui avait entendu dire des vers avec cet accent d'inspiration forte mais triste et résigné comme si l'avenir lui était dévoilé.

Hippolyte Larrey était devenu un homme considérable, mais il était resté très méthodique et classait toute sa correspondance. Celle-ci fut laissée au Val-de-Grâce par sa fille adoptive Juliette Dodu, l'héroïque employée des postes de Pithiviers ; elle constitue pour l'étude de l'histoire médicale du troisième empire, une source de documents précieux.

Il semble paradoxal, de classer Claude Bernard (1813-1878), parmi les chirurgiens, cependant le maître illustre, qui devait donner une orientation nouvelle à la physiologie, avait au début de sa carrière scientifique écrit en collaboration avec Ch. Huette un *Précis de Médecine opératoire*, qui eut un gros succès de librairie en France et à l'étranger. Nous en avons retrouvé une très belle édition traduite en italien, dans la bibliothèque de notre ami, le professeur Donati, de Milan. Claude Bernard, après une incursion dans l'art dramatique (il avait écrit une tragédie intitulée *Arthur de Bretagne*) fit sa médecine sur le conseil de Saint-Marc-Girardin, et arriva à l'internat en 1839. Il avait été l'élève de Velpeau et de Maisonneuve. Son dernier maître Magendie, lui montra la voie à suivre. Il se présenta cependant à l'agrégation d'anatomie, et échoua

devant Béclard et Sappey. Echec heureux, puisqu'il lui permit de reprendre le chemin du laboratoire, et de publier en 1849, son *Mémoire sur les fonctions du pancréas* ; en 1853, ses *Recherches sur la physiologie du foie*, et en 1865, l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.

IV

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE — 1846
LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE — 1842
LA CHIRURGIE SOUS LE SECOND EMPIRE
1852-1870

SOMMAIRE. — *Maisonneuve. Chassaignac. La spécialisation chirurgicale. — Voies urinaires. Civiale. Gynécologie. Ophtalmologie. Laryngologie. L'orthopédie. — Les techniques autoplastiques. La période préantiseptique. Les méthodes opératoires dites oblitérantes. Les précurseurs. Boeckel. Péan. Kœberlé. Le Fort, Alphonse Guérin, Verneuil.*

En 1839, Velpeau, qui n'eut jamais de chance avec ses prophéties, déclarait que « le fait d'éviter la douleur dans les opérations était une chimère qu'il n'était pas permis de poursuivre ».

Dix années plus tard, l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther était pratiquée dans tous les pays civilisés, et l'abolition de la douleur allait changer l'avenir et l'évolution de la chirurgie.

L'idée de supprimer la souffrance au cours d'une intervention était vieille comme la chirurgie elle-même.

Sans remonter à Dioscoride et à sa potion au vin de mandragore, ni à l'éponge de Nicolas de Salerne imbibée

d'opium et de jusquiame, de musc, de laitue et de lierre ; on retrouve dans Ambroise Paré, le conseil de comprimer les troncs nerveux avant une amputation. Guy de Chauliac du reste paraît avoir employé ce procédé avant le chirurgien de Charles IX. Les breuvages narcotiques à base d'opium avaient été utilisés au cours du dix-huitième siècle ; pendant les guerres de l'empire l'alcool largement employé par ingestion, et la cantinière, grand'mère de la Madelon, fut la très utile infirmière des matins de gloire et des soirs de misère.

Les premières tentatives d'anesthésie par inhalation, furent réalisées en 1798 par Humphry Davy qui, attaché au laboratoire de Beddoes à Clifton, près de Bristol, avait constaté que l'inhalation des vapeurs de protoxyde d'azote qu'il appelait oxyde nitreux, gaz découvert par Priestley en 1776, provoquait une hilarité accentuée et abolissait une partie de la sensibilité. Il émettait l'hypothèse dans un mémoire paru en 1800, que ces propriétés pourraient être avec avantage utilisées en médecine. Les travaux de Davy n'eurent en France qu'un faible écho et en 1828 l'Académie considère comme ne présentant aucun intérêt les affirmations d'un médecin anglais du nom de Hickman qui déclarait avoir obtenu une insensibilité complète en utilisant un mélange gazeux. La lettre où il faisait état de ses recherches, avait cependant été transmise à la savante Assemblée par l'intermédiaire du roi Charles X.

Il semble bien, si l'on s'en rapporte à Maurice Perrin, que les premières anesthésies par l'éther aient été pratiquées par un médecin d'Athènes, d'origine anglaise, du nom de W. Long ; celui-ci du reste ne revendiqua la propriété de sa découverte qu'après la publication des travaux de Jackson. En 1844, Horace Wels, dentiste à Hartford dans le Connecticut, après s'être fait enlever une dent sous

protoxyde d'azote, employa cette méthode une dizaine de fois, seul, ou avec l'assistance de son associé Morton. Celui-ci communiqua ces résultats à Jackson, docteur en médecine de l'université d'Harward, professeur de chimie, à Boston, qui lui conseilla d'employer l'éther. Morton suivit ces indications et endormit un malade en suivant cette technique dans le service du chirurgien Waren ; qui pratiqua sous anesthésie générale l'ablation d'une tumeur du cou le 14 octobre 1846. Harward et Bigelow les jours suivants opérèrent dans les mêmes conditions. L'éthérisation était née à Boston. Il paraît hors de doute, que le mérite d'avoir conseillé son utilisation revient à Jackson, tandis que le premier anesthésiste fut Morton qui endormit le malade de Waren.

La découverte se répandit avec rapidité, et Lister amputait une cuisse, après avoir endormi son malade à l'éther, le 17 décembre 1846. En France, cinq jours après, Jobert de Lamballe utilisait à l'hôpital Saint-Louis l'anesthésie générale. Malgaigne le 12 janvier 1847, faisait à ce sujet une communication à l'Académie de Médecine, Giraldès amputait sous anesthésie générale un malade à la Pitié, et Velpeau qui eut au moins le mérite de reconnaître ses erreurs antérieures, le 1er février 1847, présentait à l'Académie un rapport où il reconnaissait les avantages de la technique et lui prédisait un brillant avenir.

La pratique nouvelle fut rapidement diffusée, chaque chirurgien inventa son appareil, les modèles de masques se multiplièrent, basés sur un principe qui est resté le même, et qui était que le mélange anesthésiant se faisait au niveau du poumon et non dans l'appareil plus ou moins compliqué où séjournait l'anesthésique.

Tandis que Blandin, sans résultats heureux, utilisait l'éther par ingestion ; Simonin de Nancy et Pirogoff de

Saint-Pétersbourg employèrent la voie rectale, celle-ci condamnée dès ses premiers essais, vient dans ces dernières années de connaître une nouvelle jeunesse.

En 1831, Soubeiran découvre le chloroforme que Flourens expérimenta sur les animaux chez lesquels il obtint une insensibilité complète et rapide. Le travail de Flourens n'attira pas l'attention des chirurgiens français et c'est Simpson, en Angleterre, qui publia en novembre 1847, à la Société Médico-Chirurgicale d'Edimbourg une cinquantaine d'observations de malades anesthésiés en suivant cette technique.

Cette communication suscita un vif enthousiasme et partout le chloroforme fut substitué à l'éther. Cependant un certain nombre de cas de morts furent signalés, qui semblaient justifier l'affirmation de Flourens, qui avait prévenu les chirurgiens que si l'éther était un agent d'anesthésie merveilleux et terrible, le chloroforme était plus merveilleux et terrible encore. Des accidents furent relatés. Gorre de Boulogne, communiquait à l'Académie de médecine le 4 juillet 1848, l'observation d'une malade de 30 ans, qui avait succombé au cours d'une légère intervention. Malgaigne fut nommé président d'une commission qui devait présenter un rapport sur la question. Avant qu'il ne conclût d'une façon précise, un nouvel accident dramatique survenait dans le service de Robert. En quelques semaines, six observations d'accidents mortels étaient signalées, tant en France qu'en Angleterre.

Sedillot, qui à Strasbourg avait, avec une admirable précision réglé une technique de l'administration du chloroforme, à laquelle on n'a depuis lors apporté aucune modification utile, eut le grand tort d'affirmer que celui-ci, pur et bien donné, ne tuait jamais. Il faut toujours craindre les aphorismes lapidaires. L'affirmation du maître

de Strasbourg était une lourde erreur et quelques années plus tard, lors d'une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie à l'occasion d'un cas de mort dont Vallet, chirurgien à Orléans, envoyait l'observation, Robert dans la séance du 8 juin 1853 déclarait avoir depuis la première anesthésie de Simpson, relevé quatre-vingt décès au passif du nouvel agent d'anesthésie dont il était d'autre part impossible de ne pas utiliser les effets bienfaisants. Ces débats avaient alarmé l'opinion médicale et même l'opinion publique.

A Lyon, Diday et Pétrequin reprenaient l'usage de l'éther, entraînant à leur suite leurs collègues. Depuis lors, partisans respectifs de l'éther et du chloroforme s'affrontèrent de façon régulière dans les débats académiques qui ne changeaient pas les convictions initiales des champions de l'une ou de l'autre méthode. Le plus bel exemple de cette confusion est donnée par les conclusions de la Société de chirurgie de Paris — 1853 — et celle de la Société de Médecine de Lyon en 1859. La commission de la Société de chirurgie dont Robert était rapporteur, Larrey et Denonvilliers membres, conclut que des cas de mort clairsemés ne devaient pas justifier l'abandon d'une admirable conquête.

Quelques années plus tard, la Société de médecine de Lyon admettait à l'unanimité de ses membres, la supériorité de l'éther sur le chloroforme et déclarait que : 1° l'éther employé pour produire l'anesthésie générale était moins dangereux que le chloroforme, 2° l'anesthésie était aussi complètement et aussi régulièrement obtenue par l'éther que par le chloroforme, 3° si l'éther offre des inconvénients que le chloroforme ne présente pas au même degré, ces inconvénients ont peu d'importance et ne compensent pas les dangers inhérents à ce dernier. En

conséquence l'éther doit être préféré au chloroforme [1].

En réalité ces conditions, ces affirmations absolues rédigées en style juridique apparaissent comme puériles. Un fait est vrai, évident, l'éther et le chloroforme, agents d'anesthésie dont il est impossible de se passer ont des indications qui leur sont propres et variables suivant le malade et le milieu où l'on opère.

Ces discussions sur les dangers respectifs des anesthésiques eurent l'avantage dès cette époque, de provoquer des recherches sur les procédés d'anesthésie locale. On tenta de réaliser cette dernière par des pulvérisations d'éther, d'acide carbonique, des applications locales de glace. Les résultats furent en général médiocres et il fallut attendre quarante années pour voir l'anesthésie locale entre les mains de Reclus, donner d'excellents résultats.

En 1847, le fait crucial était, que la généralisation de l'emploi de l'anesthésie constituait une très grande date dans l'histoire de l'humanité. Toutes les audaces bienfaisantes étaient maintenant permises. Plus n'était besoin d'avoir la poitrine cerclée d'un triple airain et de faire figure de tortionnaire pour réaliser les grandes entreprises chirurgicales, l'ère des interventions brutales et rapides que nécessitait l'état de veille du malheureux patient était disparue. L'acte chirurgical pouvait maintenant s'exercer non plus avec rapidité, mais avec précision. Le traitement des fractures allait pouvoir être fait de façon méthodique, une luxation réduite sans recourir à des procédés de force, à cette débauche musculaire, à ces poulies, à ces mouffles, à ces courroies fixées à des anneaux scellés au mur des

---

(1) Pétrequin, qui publia le résultat de ce référendum dans la *Gazette hebdomadaire*, 1886, n° 1, p. 4, n'a pas laissé de traces précises de son activité scientifique, mais est l'auteur d'une Histoire médico-chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

vieilles salles hospitalières et dont la ressemblance s'apparentait aux instruments de torture. La connaissance approfondie de l'anatomie allait permettre l'exérèse des lésions les plus étendues en respectant les zones dangereuses. Les interventions sur l'abdomen enfin ne constituent plus des prouesses opératoires ; elles seront possibles à réaliser de façon réglée, maintenant que les anses intestinales refoulées ne viendront plus faire issue au dehors et masquer le champ opératoire.

Il était logique de penser, que la découverte et la généralisation de l'anesthésie allait donner à la chirurgie un admirable essor. Il n'en fut rien et la période qui s'étend de 1850 à 1870 fut lamentable. Les hommes n'eurent à cette époque ni moins de conscience, ni moins de valeur ; anatomo-pathologistes, disciples de Laennec et de Cruveilhier, élèves de Dupuytren, de Roux, de Malgaigne, de Velpeau, amants de la vérité qu'ils cherchaient à l'amphithéâtre, ils furent dans l'ensemble des chirurgiens-malpropres et se déclaraient impuissants devant les désastres qu'entraînaient cette complication redoutable qu'ils dénommaient infection nosocomiale dont ils transportaient les germes inconnus.

Opérez vos malades à la campagne, disait Chassaignac [1], opérez-les à l'état d'isolement complet du foyer d'infection et même de tout autre malade, vous trouverez l'infection purulente assise au chevet du patient que vous allez amputer.

En réalité cette dernière n'avait le plus souvent rien à voir avec l'état antérieur de l'opéré et était due uniquement au chirurgien et à ses aides.

---

[1] CHASSAIGNAC, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1865, t. 34, p. 415.

Quelques hommes comme Lister à Edimbourg avaient dès 1850 déclaré que l'infection était amenée par l'opérateur lui-même et avaient proscrit les baumes, les onguents et les lavages répétés des plaies avec de l'eau d'une propreté douteuse. Quelques années plus tard, Koeberlé et Sédillot émettaient une opinion analogue, mais c'était là l'infime exception et pour que la propreté chirurgicale se généralise il faut attendre l'heure lumineuse de la publication des premiers travaux de Pasteur.

L'Académie Royale qui avait eu une influence si précise sur l'évolution de la chirurgie à la fin du XVIIIe siècle avait disparu pendant la Révolution. L'Académie de Médecine, fondée en 1820, fut loin d'avoir l'influence de la vieille et illustre société, et les discussions d'ordre chirurgical s'y déroulaient en joutes oratoires, parfois violentes, presque toujours confuses devant un nombre restreint de membres qualifiés. En 1842, quelques chirurgiens des hôpitaux se réunirent à l'instigation d'Auguste Bérard, et constituèrent la Société de Chirurgie de Paris qui le 23 août 1843 prit la devise « *Vérité dans la science et moralité dans l'art* » [1].

Il est certain que le rôle de cette société, a été considérable sur l'évolution de la chirurgie française. Si pendant de longues années, on a pu lui reprocher de constituer une assemblée un peu fermée, dans l'ensemble ses membres ont fait beaucoup pour les progrès de la science et sont restés fidèles à la fière devise que leur avait proposé

[1] Avant-propos du tome I des *Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1847, t. I, p. 176. Les membres fondateurs furent en dehors de Bérard, Monod, Robert, Guersant, Michon, Vidal, Danyau, Lenoir, Malgaigne, Huguier, Nélaton, Denonvilliers, Maisonneuve, Chassaignac, Cullerier, Marjolin.

Malgaigne [1]. Les premières réunions eurent lieu à l'Hôtel de Ville, dans une salle que lui avait attribué Rambuteau, alors préfet de la Seine.

Au cours des journées d'émeute de 1848, ses archives furent brûlées, elle trouva un refuge dans les locaux de la Société Philomatique, puis rue de l'Abbaye. Elle siège actuellement rue de Seine. Le tome premier de ses Mémoires date de 1847, les comptes rendus antérieurs à cette date ont été publiés dans la Gazette des Hôpitaux. La lecture de ses bulletins, l'analyse de ses discussions, constitue un guide précieux pour qui veut étudier l'histoire de la chirurgie contemporaine ; nous les avons largement utilisés pour tenter de préciser la synthèse de l'évolution chirurgicale passionnante qui fut celle de la période qui s'étend de la découverte de l'anesthésie générale, 1846, aux premières applications réglées de l'antisepsie, 1875.

Deux années après la fondation de la Société de Chirurgie, il est intéressant de signaler une tentative d'organisation plus précise des études chirurgicales en France. Pendant la Révolution étaient disparues en même temps que l'Académie royale les distinctions entre médecins et chirurgiens, et il était possible, ce qui encore aujourd'hui, hélas, est la vérité, de pratiquer toute intervention sous

(1) Malgaigne avait proposé le terme de Réalité auquel fut substitué celui de Vérité. « Quelques années plus tard, dans une circonstance mémorable. Je réussis à faire adopter, dit-il, à la Société de Chirurgie, sa devise primitive : *Réalité dans la science, moralité dans l'art.* Triomphe inespéré ! mais le triomphe dura peu ; la docte Société, après mûres réflexions sans doute ; s'effraya de ce que la chirurgie allait perdre si l'on en excluait la fantaisie, elle substitua le culte plus commode et toujours bien venu de la vérité... » Préface du *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale*, p. 7, deuxième édition, J. Baillière, 1859.

couvert du seul diplôme de docteur en médecine (loi du 19 ventôse de l'an XI).

En 1845, à l'instigation des délégués des diverses sociétés médicales de Paris, se constitua un congrès qui eut lieu en 1845, salle Saint-Jean à l'Hôtel de Ville, où 4.500 médecins français étaient représentés... Les assistants se séparèrent après avoir été conviés à assister à la translation des cendres de Bichat du cimetière Sainte-Catherine au Père Lachaise, et entendu de nombreux discours, sans avoir voté de résolution précise ; cependant, une commission d'étude médicale fut créée qui proposa un projet de réforme de la scolarité.

Le 3 janvier 1848, le ministre de l'instruction publique présenta un projet de loi devant la chambre. Quinze jours plus tard c'était la Révolution de février. Il ne résulta de ces premiers Congrès des praticiens français qui désiraient que leur profession eut un statut définitif, aucun résultat utile. Il faut cependant noter que c'est au cours de ces réunions que naquit le projet de l'Association générale des médecins de France, dû à Orfila et à Amédée Latour.

Lors de la découverte de l'anesthésie générale en 1847, la plupart des contemporains de Dupuytren étaient disparus. Richerand n'avait survécu que quatre années à son adversaire irréductible. Lisfranc, plus jeune, le suivait bientôt dans la tombe. A l'hôpital Saint-Louis, Marjolin survivait à sa réputation. Sanson n'avait occupé que peu de temps la chaire de clinique à l'Hôtel-Dieu. Roux, dans sa soixante-huitième année, opérait encore, mais son activité était réduite. Velpeau, professeur de clinique à la Charité, n'avait que 52 ans, il avait déclaré en 1839 que la suppression de la douleur opératoire était un rêve non réalisable, mais reconnu son erreur et adopté la technique

nouvelle. Son service de la Charité était suivi par un grand nombre d'étudiants qui désertaient les salles de son voisin Gerdy, l'ennemi personnel d'Orfila.

Malgaigne, en pleine activité, avait 42 ans et s'il ne fut pas des premiers à utiliser la découverte heureuse de Jackson, il vulgarisa la méthode nouvelle en une communication à l'Académie qui suivit la première anesthésie générale faite à Saint-Louis par Jobert de Lamballe. Ce dernier fut peut-être l'homme qui à ce moment eut en France les idées les plus fécondes et fut un novateur hardi. Opérateur aux audaces bienfaisantes, aux résultats heureux, il avait alors 44 ans, sa situation de clientèle était considérable.

En province, à Strasbourg, Sédillot, né la même année que lui (1802), avait une réputation qui dépassait de beaucoup les frontières de la vieille Faculté des marches de l'est.

Chassaignac, né à Nantes en 1804, et dont le nom restera attaché à l'histoire du draînage chirurgical, chef de service à 40 ans, allait publier un *Traité de thérapeutique chirurgicale* ou en dehors de la longue description de son écraseur, instrument brutal disparu de l'arsenal chirurgical on retrouve des pages pleines d'intérêt.

Dans une préface que quelques-uns de nos contemporains auraient avantage à méditer, il dédie son livre aux internes des hôpitaux de Paris, ses élèves, dont le mérite plus rare qu'on ne pense, est de concilier vis-à-vis de leurs maîtres, deux choses qui devraient toujours marcher ensemble, le dévouement et l'indépendance ; et un chapitre qui n'attira pas alors l'attention, où il conseille de recouvrir avant l'intervention, la peau du malade d'une solution de nitrate d'argent au sixième pour diminuer les chances d'érysipèle. Il stérilisait son champ opératoire

par un procédé qui vaut certainement la teinture d'iode préconisée par Grossich de Fiume et Walter de Paris cinquante ans plus tard [1].

Guersant, qui avait alors 47 ans, se spécialisa dès le début de sa carrière dans la chirurgie infantile et passa sa vie, dit Guyon, entre l'Hôpital des enfants malades et la Société de Chirurgie.

Maisonneuve, plus jeune de quelques années, il avait 38 ans, était né à Nantes en 1809, fut un homme d'une autre envergure. Il eut deux maîtres, Dupuytren et Récamier ; ce dernier paraît avoir laissé sur lui une empreinte profonde. Arrivé tard au bureau central, à son sixième concours, il ne fut jamais ni professeur, ni agrégé, mais sa réputation égala celle de de Jobert. D'une virtuosité opératoire que reconnaissaient les adversaires irréductibles que lui avait valu sa valeur et l'intransigeance de son caractère, Chassaignac précisa le manuel opératoire de la blepharroraphie, pratiqua la ligature de l'artère vertébrale, réalisa un uréthrotome avec lequel il effectuait sans danger immédiat une intervention qui restait singulièrement grave avec l'instrument de Reybard [2]. Enfin et surtout en 1845, il régla la technique de l'anastomose

---

(1) Chassaignac, *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*, ou *Traité de thérapeutique chirurgicale*, p. 163, Victor Masson et fils, Paris, 1861.

(2) Les polémiques scientifiques prenaient encore à cette époque le caractère d'âpreté qu'elles avaient eu sous le règne de Dupuytren. A la tribune de la Société de Chirurgie, Maisonneuve affirmait que grâce à son instrument, la section uréthrale avait une telle bénignité que quelques heures après l'intervention il avait vu un de ses opérés uriner largement dans les Champs Elysées, ce à quoi Horteloup répliqua immédiatement, en demandant de quels Champs Elysées il s'agissait, puisque le malade en question était venu mourir le soir dans son service hospitalier...

intestinale, qu'il ne pratiqua du reste, semble-t-il, que de façon expérimentale ; les premières anastomoses sur l'homme devaient être faites par Woelfer. Maisonneuve mourut à 81 ans, dans sa Bretagne natale. Ce formidable chirurgien, dit Reclus, quitta son service au moment où l'antisepsie lui aurait permis de tout entreprendre, de tout oser.

Entre 1830 et 1850, le vaste domaine de la chirurgie générale commence à se diviser, à s'effriter en de multiples branches qui suffiront à assurer l'activité d'un seul homme.

Il est très évident que dans la période des cinquante années précédentes, quelques opérateurs avaient cantonné leur activité dans une voie précise ; qu'à Montpellier, par exemple, la chirurgie orthopédique avait été pratiquée avec plus d'activité qu'à Paris. A Lyon, la chirurgie osseuse avait retenu l'attention des disciples de Marc-Antoine Petit ; mais Dupuytren opérait une cataracte après avoir appliqué son entérotome, réduit une fracture ou dilaté un rétrécissement.

Les chirurgiens urinaires cependant avaient été les premiers à pratiquer de façon presque exclusive leur spécialité. Celle-ci avait connu des heures brillantes dans les années qui avaient précédé la constitution de l'Académie Royale de Chirurgie, où furent publiés une série de travaux documentés à ce sujet.

Georges Maréchal, chirurgien du roi, non seulement employait pour la première fois le drainage par tente et mèche, devenu plus tard le sac de gaz à la Mickulicz, mais opérait de la pierre le comte de Toulouse et son collègue Fagon. Dans le vieil hôpital de la Charité, à côté des chirurgiens gagnant maîtrise, Jacques de Beaulieu et Jean Baseilhac, plus connus sous le nom de frère Jacques et

de frère Cosme pratiquaient la taille latérale et la taille médiane. Jean Baseilhac, entré dans les ordres en 1729, sous l'habit des Feuillants, moines cisterciens, eut une grande réputation et Jean-Jacques Rousseau fut son client indocile.

Au début du XIXe siècle, les procédés d'ouverture de la vessie s'étaient multipliés et la technique la meilleure, la plus simple, la taille hypogastrique, conseillée et réalisée par Franco en 1761, défendue par Morand et Lapeyronnie, décrite longuement dans le *Traité d'Heister* avait été presque complètement abandonnée et n'était utilisée que lorsque le calcul était trop volumineux pour être extrait par taille latérale. Sanson, en 1816, avait conseillé d'aborder la vessie par le rectum, après incision de l'intestin, de la vessie et de la prostate. Dupuytren avait employé cette méthode sans succès et conseillé la taille bilatérale. Vidal de Cassis en 1826 compliquait le procédé en proposant de fendre la prostate suivant ses deux diamètres, taille quadrilatérale. Souberbielle (1) vers

(1) Souberbielle, né en 1754 et mort en 1846 était le neveu de Frère Cosme. Il fut l'ami de Robespierre et avait voté la mort de la reine, celle de Danton, de Camille Desmoulins et des Girondins. Médecin de la Conciergerie, il accepta de faire partie du tribunal de Fouquier-Tinville, ou à raison de dix-huit livres par jour, il siégeait à côté du sabotier Desboisseaux, du chapelier Barou et du menuisier Tronchard (Lenôtre). La pureté de ses sentiments révolutionnaires s'atténua sous l'Empire, et disparut lors de la Restauration. Poumyes de la Syboutie rapporte, qu'en 1814, alors qu'il était présenté à la cour avec la gendarmerie dont il était chirurgien-major, la duchesse d'Angoulême s'évanouit en entendant prononcer le nom de l'homme qui avait envoyé sa mère à l'échafaud. Souberbielle mourut à 92 ans en 1846, après avoir en vain sollicité de Louis-Philippe la Légion d'honneur, en oubliant sans doute qu'il avait, aux soirs sanglants de la Convention, voté la mort du duc d'Orléans.

la même époque, sans entraîner la conviction de ses contemporains, conseillait toutefois de revenir aux procédés les plus simples et reprenant l'enseignement logique du frère Côme préconisait l'emploi de la voie haute pour l'extraction des calculs volumineux.

Il est difficile de savoir qui eut l'idée initiale de la lithotritie. Est-ce le moine de Citeaux, dont Rochard raconte l'histoire qui se débarrassa d'un calcul à l'aide d'une tige d'acier, ou ce major anglais qui usait sa pierre avec une lime ? En tout cas, il semble bien que ce fut en France en 1818, Civiale qui régla le premier sa technique. Il eut le mérite certain de pratiquer avec un résultat heureux la première intervention sur le vivant en janvier 1824, devant Percy, Chaussier et Larrey. La fortune de la méthode fut rapide. En 1824 Civiale avait opéré douze calculeux avec une seule mort. Il fit un nombre considérable de lithotrities et la clientèle affluait dans son cabinet de la rue Neuve Saint-Augustin. Il avait débarrassé de leurs calculs vésicaux, le médecin Boisseau, le chirurgien Lisfranc, le roi des Belges et Dubois le lithotomiste. Dans les dernières années de sa vie il fut chargé d'un service spécialisé à Necker, que devaient après sa mort illustrer Guyon et Albarran.

Le traitement des rétrécissements de l'urèthre était passé par des phases diverses. Aux méthodes de dilatation progressive, possibles cependant depuis qu'en 1779 Bernard avait présenté ses sondes en caoutchouc à l'Académie, avait été substituée sous l'influence de Desault, Boyer et Roux la méthode brutale et aveugle du catéthérisme forcé.

Beniqué, ancien polytechnicien, avait en 1838, publié un travail où il décrivait, disait-il, un procédé nouveau pour prévenir les rétrécissements de l'urèthre. Son mémoire ne

retint pas l'attention de ses contemporains, mais le béniqué... a conservé le nom de celui qui en avait conseillé l'emploi. Si l'idée première de l'uréthrotomie, est ancienne et si cette intervention est déjà conseillée, par Ambroise Paré et plus tard par les chirurgiens du XVIII[e] siècle, c'est seulement en 1824, qu'Amussat décrivit l'uréthrotome que Leroy d'Etiolles et Reybard de Lyon, utilisèrent avec quelques modifications dans les années suivantes. L'instrument restait dangereux et les manœuvres incertaines. En 1855, Maisonneuve réalisa son uréthrotome, dont le conducteur muni d'une bougie filiforme où la lame tranchante assura une section réglée et permit la possibilité de réaliser une intervention moins aveugle que celle faite avec les instruments d'Amussat et Reybard.



Dans le domaine de la gynécologie, pas de chirurgiens à spécialisation exclusive pendant les deux premiers tiers du XIX[e] siècle.

Si un homme ne cantonna pas son activité à une seule branche de l'art de guérir, ce fut bien le médecin Récamier qui, professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu avait eu en thérapeutique des idées neuves, lutté contre Broussais, défendu Laennec, supprimé les sangsues, montré la puérilité doctrinale des défenseurs de la médecine dite physiologique, mis en évidence toutes les ressources qu'apportait avec elle la nature médicatrice quand on ne veut pas contrarier ses effets bienfaisants par une médication intempestive. Récamier qui eut véritablement à certaines heures de sa vie des idées de génie, fut en France le créateur de la gynécologie opératoire. Novateur aux conceptions hardies, ce médecin dans le domaine de la chirurgie, avait conseillé la ponction dans les kystes hyda-

tiques, dont il précisait l'existence clinique en décrivant le signe du frémissement considéré alors comme le maître symptôme ; préconisé l'ouverture lente des abcès du foie après ponction capillaire, technique que devait reprendre bien des années plus tard Stromeyer Little.

En gynécologie, opératoire, il utilisait l'ouverture de cul-de-sac postérieur dans les collections pelviennes localisées, dont il avait précisé les limites par le toucher vaginal. Il inventa une curette qui n'a été que peu modifiée, et pas toujours de façon heureuse. Le spéculum dont on lui a attribué à tort la découverte, a en réalité une origine beaucoup plus ancienne. Garengeot et Scultet, employaient un instrument analogue et on retrouve dans Ambroise Paré les portraits d'un spéculum matricis dont il ne s'attribue du reste pas la paternité. Récamier, en revanche, régla en un procédé extrêmement original la technique de l'hystérectomie vaginale et eut le grand mérite de réaliser l'intervention, tandis que son voisin Dupuytren ignorait, ou semblait ignorer ses travaux.

La première opération de colpo hystérectomie, fut faite par le médecin de l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1829, en présence de Marjolin, de Breschet et de Blandin. La malade, femme de 50 ans qui présentait un cancer du col volumineux, mais non adhérent, guérit simplement et survécut un an. Un mois après l'intervention Dupuytren ne peut que constater la guérison.

Quand on relit le protocole opératoire de cette observation, on se demande si vraiment les modifications apportées plus tard à l'hystérectomie par la voie basse constituent un progrès sur la technique initiale de Récamier (1).

(1) Récamier, Observation d'une extirpation complète de l'uté-

Sur la malade, mise en position de taille, le col fut abaissé, le vagin ouvert, les deux tiers du ligament large sectionné au ras de l'utérus, l'hémostase directe de l'utéro-ovarienne et des utérines faite par ligature, la brèche opératoire tamponnée. L'opération dura vingt minutes et je pense, ajoute Récamier, que le procédé étant actuellement bien déterminé, on pourrait économiser plusieurs minutes sur la durée totale de l'intervention (1). Il ne faut pas oublier que ces lignes datent de 1825, et que la rapidité opératoire chez les malades non endormis était d'une absolue nécessité. Il est logique de se demander si vraiment ce précurseur ne doit pas être considéré comme le plus grand chirurgien du siècle écoulé.

Récamier avait en dehors de la colpo hystérectomie, dont il avait réglé le manuel opératoire, conseillé la dilatation dans la fissure anale, évoluant en même temps que les lésions utérines et qu'une très simple intervention suffit à guérir. Il préconisa l'amputation du col utérin, qui devait connaître plus tard une nouvelle jeunesse entre les mains de Schrœder, et être le triomphe de Lisfranc auquel ses contemporains reprochaient d'avoir en quelques années fait près de cent résections cervicales (2).

Les modifications de technique les plus diverses furent apportées au procédé initial et parmi celles-ci la méthode tout au moins curieuse d'un médecin du nom de Maisonnabe, qui décrivait dans son *Orthopédie clinique*, un ephelcomètre s'ouvrant dans l'utérus comme un para-

---

rus pratiquée à l'Hôtel-Dieu, *Archives générales de médecine*, première série, t. XXI, p. 78.

(1) Paul Triaire, *Récamier et ses contemporains*, Tours, 1899, p. 451.

(2) Lisfranc, Mémoire sur l'amputation du col, *Gazette Médicale de Paris*, 21 juin 1834.

pluie et un dilatateur composé de six leviers mobiles sur un cercle et destiné à agir par un mouvement de bascule.

Ce n'était non plus un chirurgien spécialisé que Jobert de Lamballe qui dix ans plus tard, décrivait la cystoplastie par glissement et permettait enfin de remédier à l'infirmité lamentable contre laquelle avaient échoué les méthodes opératoires conseillées par Laugier et Velpeau à une époque où l'on était réduit à utiliser des appareils prothétiques semblables à l'urinal que Jean-Louis Petit en 1771, désignait du nom imagé de trou d'enfer.

Récamier avait considéré comme possible le traitement des kystes de l'ovaire par l'ablation, en disant que les pédicules étant étroits il pourrait facilement en assurer la section. Il ne réalisa pas cette intervention. Il semble bien que la première ovariotomie ait été faite en France par Laumonnier de Rouen, en 1781. L'observation fut rapportée devant l'Académie Royale. Les cas se multiplièrent en Angleterre et en Amérique dans la période qui s'étend de 1800 à 1825.

En 1844 seulement un praticien français d'origine polonaise, du nom de Woyekowsky, résidant à Quingey dans le Doubs, et, à Condé-sur-Noireau en 1847, le médecin de campagne Vaullegard, pratiquèrent une intervention identique et guérirent leurs malades. L'observation de Vaullegeard fut présentée à la Société de Médecine Pratique. Entre temps Rigaud chirurgien des hôpitaux de Paris puis professeur à Strasbourg avait également tenté une ovariotomie, mais sa malade était morte sur la table d'opération. Maisonneuve avait enlevé un kyste de l'ovaire à une sœur de l'hôpital Cochin, elle ne survécut que quelques heures, alors que les malades opérés dans un milieu non infecté avaient guéri.

Quelques insuccès, des échecs mal expliqués qui ne

furent pas tous publiés, calmèrent l'enthousiasme des chirurgiens les plus hardis, si bien que tandis que Velpeau conseillait simplement de ponctionner les kystes de l'ovaire Boinet les traitait par injection iodée. Cette méthode eut pendant quelques années une grande vogue.

En 1861 Nélaton après avoir été en Angleterre voir opérer Backer Brown, qui pratiqua devant lui cinq ovarotomies revint convaincu. Ses malades ainsi que celles de ses collègues parisiens succombèrent tour à tour.

A Paris les malades mouraient, à Strasbourg elles guérissaient entre les mains de Koeberlé. Celui-ci à la fin de l'année 1869 avait opéré 125 femmes avec 73 % de guérisons, sans que ses contemporains aient pu comprendre les raisons si simples de ses succès. Il avait opéré sa première malade le 2 juin 1861 dans l'établissement de la Toussaint, éloigné des centres hospitaliers et il se lavait les mains... (Jules Boeckel, Congrès de chirurgie, 1921.)

La cure de la cataracte, par le procédé dit de l'abaissement constituait une méthode utilisée depuis longtemps puisqu'on la trouve décrite dans Celse, et dans le livre d'Heister en 1771, qui comprend une description clinique des symptômes que donne l'opacité du cristallin en ses différents degrés, et un manuel opératoire où l'on retrouve la description des aiguilles dites à abaissement (1).

Deux siècles auparavant Ambroise Paré (2) en déclarant que les cataractes qui branslent en la pupille, sont les plus faciles à guérir, obtenait des résultats excellents en pratiquant l'abaissement sous condition que les malades ne

(1) Laurent Heister, *Institutions de chirurgie*, de P. Didot le Jeune, Paris, 1771, p. 596

(2) Ambroise Paré, édition Rigaud, Lyon, p. 600.

soient pas secoués de toux et de vomissements, et qu'on voulut bien ne pas boucher l'œil sain et ne pas toucher au pansement avant trois jours.

Daviel avait en 1745 fait connaître devant l'Académie Royale son procédé adopté à la fin du XVIII[e] siècle ; et dès le début de sa pratique utilisé par Dupuytren.

L'extraction connu une nouvelle fortune vers 1835 époque où le viennois Joeger vint à Paris le présenter à nouveau.

En 1865, de Groefe pratiqua pour la première fois l'extraction linéaire avec iridectomie.

Laugier en 1847, proposa d'employer toutes les fois que celà serait possible l'extraction par aspiration. Avant la création de réunions spécialisées à la tribune de la Société de chirurgie, eurent lieu de nombreuses discussions sur la meilleure technique à adopter, qui durèrent jusqu'en 1875.

L'opthalmoscope avait été découvert par l'allemand Helmoltz en 1851, et perfectionné par Nachet sur les indications de Follin en 1852.

Trois années plus tard, Denonvilliers et Gosselin faisaient paraître un *Traité des maladies des yeux* qui fit longtemps autorité. Vers la même époque sans titres officiels Galezowski, acquit en se spécialisant une renommée justifiée qui fut très grande. Il eut le mérite de conseiller l'iridectomie rapide dans le traitement du glaucome.

Dans les fistules lacrymales Dupuytren et avant lui à la fin du XVIII[e] siècle, Anel, Lafaye et Petit avaient conseillé de pénétrer dans le canal lacrymal par incision directe et de le déboucher et de le dilater en y enfonçant une sonde cannelée ou une bougie.

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, reprenant en 1812, l'usage de la sonde inventée par Foubert au siècle précé-

dent, la laissait à demeure dans le canal lacrymal un temps plus ou moins long. Si l'on en croit Vidal de Cassis, au milieu de la foule que son grand nom attirait, les élèves dans le service de Dupuytren comptaient les guérisons par le nombre de canules qui y étaient appliquées.

C'était, il faut bien en convenir, beaucoup de bruit pour peu de chose, tandis que dans le service voisin Récamier réglait dans le silence la technique de la colpo hystérectomie.

L'étude des maladies de l'oreille, avait moins retenu l'attention des chirurgiens du xviiie siècle que l'ophtalmologie, et leur technique ne paraît pas avoir été beaucoup plus heureuse que celle d'Ambroise Paré, qui dans son œuvre admirable à d'autres points de vue, résumait sa clinique otoscopique, à l'étude du conduit bouché naturellement ou par accident, et aux choses estranges qui tombent dedans. Dès la fin du xvie siècle cependant (1580) Fabrice de Hilden, utilisait un spéculum auris, dont l'instrument de Toynbe n'est qu'une modification.

Jean-Marc Itard, médecin de l'institution royale des Sourds-Muets en publiant son *Mémoire sur les maladies de l'oreille et de l'audition* en 1821 faisait sortir des voies empiriques une spécialité qui devait dans la deuxième moitié du siècle donner de si brillants résultats. Il régla la technique du catéthérisme de la trompe d'Eustache.

Després (1) rapporte du reste, que l'idée première de cette intervention n'était pas due à un médecin, mais à un malade nommé Guyot, maître des Postes à Versailles, qui parvint à se débarrasser de sa surdité en introduisant dans sa trompe d'Eustache une sonde dans laquelle il

(1) Després, *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, p. 25, 1874.

injectait une certaine quantité de liquide. Ce maître des Postes ingénieux, communiqua la description de son procédé à l'Académie des Sciences ; celle-ci, par l'organe de son rapporteur, conclut que le catéthérisme n'était pas pratiquable. Cette idée fut reprise par Boyer et Itard.

Cagnard Latour en 1825, avait utilisé pour explorer le larynx le miroir qu'employait déjà les dentistes ; il ne put du reste, avec cette instrumentation élémentaire apercevoir que l'épiglote. Baunier en 1838, décrivait devant la Société de Médecine de Lyon un instrument analogue qu'il éclairait à l'aide d'un miroir frontal. C'est en réalité le chanteur Garcia, qui en 1854, inventa le laryncoscope. Un miroir fixé sur une tige, que lui avait construit Charrière, placé au niveau du pharynx, était éclairé de façon directe par un autre miroir qu'il tenait à la main et sur lequel venait se réfléchir l'image laryngée. Garcia avait publié le résultat de ses recherches à la Société Royale de Médecine de Londres. L'emploi du laryncoscope ne fut diffusé en France qu'après que, Czermaki de Pesth en vint faire la démonstration en 1860.

Bichat, dont les travaux anatomiques ne doivent pas faire oublier les tendances chirurgicales, avait en 1800, deux ans avant sa mort, présenté devant la Société d'Emulation, la description d'un nouveau procédé pour la ligature des polypes naso pharyngiens. Petit, Morand, précédés du reste par Manne d'Avignon, avaient tenté de réaliser l'ablation des polypes naso pharyngiens en sectionnant le voile du palais. Les interventions par voie buccale n'étaient possibles qu'en cas de tumeurs fibreuses assez limitées. Flaubert de Rouen, pour avoir un jour suffisant, n'hésita pas à reséquer le maxillaire supérieur ; intervention dont Gensoul, venait de décrire la technique opératoire. Il fut suivi dans cette voie par Robert et Mai-

sonneuve. L'ablation du maxillaire donnait un jour considérable, mais entraînait une grave mutilation. En 1852, Huguier conseilla la résection temporaire et la remise en place de l'os basculé après ablation du polype naso pharyngien (1852).

Chassaignac suivit l'exemple d'Huguier quelques années plus tard, avant les travaux de Bruns et de Langenleck qui revendiquèrent la priorité de cette technique. Ces interventions furent faites sans anesthésie générale. Les opérateurs suivirent dans ses grandes lignes la technique qu'avait décrite le lyonnais Gensoul en 1827, et qu'il avait réalisé six fois, ce qui devait être effarant tandis que le patient était maintenu par des aides vigoureux, tandis que se déroulait le drame sanglant et rapide.

On retrouve, dans les Mémoires de l'Académie Royale, des observations précises et la description opératoire réglée de la trachéotomie. Trousseau qui l'avait faite avec succès et en avait vulgarisé l'emploi, la rangeait parmi les interventions d'ordre médical au même titre que l'empyème. Boeckel de Strasbourg, avait à diverses reprises réalisé l'ablation de polypes, après ouverture du larynx, par la voie antérieure ; mais c'est seulement en 1874 que Bilroth pratiquera le premier l'exérèse totale d'un larynx cancéreux.

La chirurgie orthopédique était pratiquée depuis de longues années.

En 1741, Audry conseiller du Roi et doyen de la Faculté de Montpellier publiait un *Traité d'orthopédie*, ou de l'art de prévenir et de corriger chez les enfants les difformités du corps, livre mis à la portée, affirmait-il, des pères, mères et des personnes qui avaient des enfants à élever. C'était encore un médecin de Montpellier, que Venel élève de Cabanel et de Trousseau. Soucieux des réalités

pratiques, il créa à Orbe, dans le canton de Vaux, un établissement dont la renommée fut grande et où il obtint des résultats heureux dans le traitement des pieds bots. Portal, qui au début de sa carrière, ne savait trop s'il se spécialiserait en médecine ou en chirurgie, au soir de sa vie, prétendait dans son livre paru en 1779, remédier aux courbures de la colonne vertébrale et de celles des extrémités supérieures et inférieures.

Pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire on s'occupe peu d'orthopédie, et la prothèse des mutilés est inférieure à celle qui était réalisée dans les amputations dès la fin du xvie siècle, si nous nous en rapportons aux quelques dessins que nous avons pu examiner, où les soldats privés de leurs membres s'appuient sur un pilon d'une simplicité extrême, ou un appareil analogue à la jambe de Beaufort.

L'époque moins troublée de la Restauration, vit en revanche se créer un grand nombre d'établissements orthopédiques. Les lits mécaniques destinés au redressement de la colonne vertébrale, plus ou moins modifiés par Venel, Lafond, Ward, permettaient une action sinon toujours efficace, du moins très énergique. Le lyonnais Pravaz qui cependant lui aussi avait inventé un redressement de la colonne vertébrale eut le grand mérite de déclarer qu'à l'extension passive, la gymnastique devait être substituée toutes les fois que cela était possible, à l'immobilisation stricte. L'Académie des Sciences en 1830 mit au concours pour un prix Montyon, la question du traitement des difformités osseuses par les appareils mécaniques ou la gymnastique.

Deux ans avant le tournoi académique, Delpech le chirurgien de Montpellier qui eut comme nous l'avons vu une fin misérable, et fut tué par un aliéné, avait publié

un *Traité d'orthomorphie*, où il exposait la pratique et les résultats qu'il avait obtenu dans son établissement orthopédique. Le prix ne fut décerné qu'en 1837 et réparti entre Jules Guérin et Bouvier. Celui-ci, disait Double, son rapporteur, avait présenté des observations nouvelles sur la section du tendon d'Achille qu'il avait le premier exécutée à Paris et pour laquelle il avait imaginé d'ingénieux et utiles procédés. L'idée première de l'utilité possible de celle-ci était ancienne et remontait si nous en croyons Rochard (1) à Hunter qui s'étant rompu le tendon d'Achille en dansant... put démontrer l'inocuité de cette lésion en pratiquant à l'aide d'un couteau à cataracte de nombreuses sections expérimentales chez le chien.

Delpech, en France, utilisa le premier la tenotomie dans le traitement du pied bot (2). Dupuytren le suivit dans cette voie et sectionna dans le torticolis le sterno-cleido mastoidien, et l'aponévrose palmaire pour remédier, sans succès du reste, à la difformité et à la gêne fonctionnelle que cause l'affection à la pathogénie encore obscure qui porte son nom.

Dans les années qui suivirent on fit une véritable débauche opératoire de tenotomies et de myotomies. En

(1) *Loc. cit.*, p. 225.

(2) Les résultats immédiatement tangibles de cette intervention eurent un grand retentissement. Quatre hommes célèbres avaient, suivant l'expression imagée d'Alexandre Dumas, enjambé en boitant le passage qui sépare le XVIIIe du XIXe siècle : le maréchal Soult, Talleyrand, Walter Scott et lord Byron. Soult avait eu la jambe droite fracassée au siège de Gênes, Walter Scott une paralysie infantile avec pied bot secondaire. Kirmisson, après avoir examiné la chaussure de Talleyrand conservée au Musée Carnavalet, et celle de Byron qu'il retrouva chez l'éditeur Murray à Londres, fit chez eux le diagnostic rétrospectif et probablement exact de pied bot paralytique.

1830 les allemands Dieffenbach et Stromeyer avaient sectionné les tendons du vaste externe et du vaste interne dans les ankyloses du genou. Bonnet de Lyon (1839) coupe à son tour le biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux tandis que Bouvier pour remédier aux pieds bots invétérés transfixe le jambier antérieur, les extenseurs des orteils, l'aponévrose plantaire, le jambier postérieur, les péroniers latéraux...

Jules Guérin alla plus loin encore, et en 1840, il présentait devant l'Académie des Sciences l'observation d'un malade chez lequel il avait pratiqué la section sous cutanée de 42 muscles, tendons ou ligaments pour remédier à une difformité articulaire...

Il est assez curieux de constater que ces étranges interventions ne soulevèrent que de faibles protestations devant les tribunes académiques, qui, quelques années auparavant, avaient réagi avec énergie contre les initiatives audacieuses, mais réglées de Récamier dans un tout autre domaine.

Les myotomies et ténotomies furent appliquées aux affections les plus diverses. Depuis Dieffenbach, un honnête homme ne devait plus loucher puisqu'il suffisait de sectionner à bon escient un muscle moteur du globe occulaire pour remédier au strabisme. On ne voyait plus aux vitres des fabricants que releveurs, abaisseurs, refouleurs de paupières, blepharostats, érignes, pinces, crochets, mousses à coulisse, à bascule, à hameçons, crochets coudés, myotomes. Dans sa thèse, Philips en énumère soixante-cinq modèles différents et en 1843, la strabotomie comptait trois méthodes et vingt-cinq procédés.

Il était de mauvais goût de bégayer, puisqu'il suffisait à Velpeau et à Bonnet de sectionner les genio glosses pour rendre leurs malades éloquents. Il était évident en partant

du même principe que la gymnastique ou l'immobilisation n'avaient plus de raison d'être dans les déviations rachidiennes puisque si l'on en croyait Jules Guérin, grand nombre de difformités étaient dûes à la rétraction musculaire et que le traitement devait consister dans la section sous-cutanée des muscles aux raccourcissements desquels elles étaient dûes.

C'était vraiment thèse trop simple et seul Malgaigne [1] faisait entendre la voix du bon sens quand il déclarait en avril 1844, que les myotomies rachidiennes étaient plus nuisibles qu'utiles. Ces conclusions suscitèrent devant la tribune académique, combien plus agitée autrefois qu'aujourd'hui, des débats d'une extrême violence.

Avec le recul des années, il faut bien reconnaître que Malgaigne avait entièrement raison et Jules Guérin tout à fait tort, et que l'orthopédie pendant les deux tiers du XIXe siècle ne fit que de bien faibles progrès.

En revanche, la chirurgie autoplastique, on ne disait pas encore esthétique, conquit ses droits de cité. Tagliacozzi de Bologne, était mort depuis plus de deux cents ans après avoir été un maître de la prothèse faciale. Ses compatriotes reconnaissants lui avaient élevé dans l'amphithéâtre de Bologne une statue où il était représenté tenant un nez dans sa main droite. Il n'avait pas eu de successeur ni d'élève et sa mémoire était sombrée dans l'oubli jusqu'au jour où le chirurgien allemand de Graefe, reconstitua, par la méthode italienne, le nez d'un soldat prussien qui en 1814 l'avait perdu sous les murs de Paris.

En 1819, il fut suivi par Delpech, il semble cependant que celui-ci employa surtout le lambeau frontal de la

(1) MALGAIGNE, *Mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie, et spécialement de la myotonie rachidienne*, J. Baillière, 1845.

méthode dite indienne de préférence au lambeau prélevé sur le bras. C'est en 1859 seulement, que la méthode des greffes épidermiques fut imaginée par Jacques Reverdin de Genève, alors interne dans le service de Guyon. Roux en 1826, qui avait déjà eu l'idée heureuse de la staphylorraphie préconisa les interventions en plusieurs temps et obtint un très beau résultat sur un malade qu'en seize mois il avait opéré six fois.

Les vingt-cinq années qui s'étendent de 1850 à 1875 ont vu tour à tour se succéder des hommes de haute valeur, chirurgiens formés à la rude discipline des concours dont l'audace s'accrut lorsque la découverte de l'anesthésie élargit le cadre des interventions pratiquées jusqu'alors ; mais il faut reconnaître que les résultats des opérations dont la technique était cependant logique, le manuel opératoire réglé fut dans l'ensemble lamentable.

Les théories les plus diverses étaient proposées pour expliquer ces désastres. Dès 1823, Velpeau déclarait que les abcès métastatiques étaient dûs à une altération du sang causée par l'entrée du pus dans la circulation générale qui provoquait à distance des abcès. Sa conception ne constituait pas une idée neuve. Boerhave et Jean-Louis Petit, avaient expliqué de la même façon les accidents septiques. Velpeau admettait cependant, que l'origine primitive des accidents résidait dans la plaie. En Allemagne Virchow en 1856, défendait une doctrine analogue en ajoutant toutefois, que les particules solides parties du foyer infectieux et quelque fut leur origine, étaient entraînées dans le courant sanguin mais s'arrêtaient au premier obstacle qu'elles rencontraient sur leur route. Il désigna ce phénomène d'obturation vasculaire du nom d'embolie, théorie balistique des accidents infectieux du grec, ἐμϐάλλειν lancer.

Il y avait là un idée neuve que propagea en France les travaux de Schutzenberger de Strasbourg (1867), Billroth, compatriote de Virchow, à la même époque, déclarait que l'infection purulente avait pour origine une thrombose veineuse que le pus désagrégeait et entraînait dans la circulation. Dès 1825 Cruveilhier [1] sans employer le terme thrombose, était en France dans ses recherches cliniques sur l'histoire de la phlébite, arrivé aux mêmes conclusions.

Trente années plus tard, Alphonse Guérin soutenait encore une opinion analogue. Il considérait cependant, que l'infection purulente était contagieuse et transmissible par l'air, il l'appelait typhus chirurgical et en partant d'un principe qui ne comportait qu'une faible part de vérité il obtenait des résultats heureux avec son pansement ouaté.

Verneuil, à la même époque déclarait, que les accidents redoutables observés si souvent étaient dus à la pénétration dans la circulation d'une substance toxique, engendrée spontanément à la surface de la plaie et à laquelle il donnait le nom de virus traumatique. Les accidents causés par l'introduction de ce virus, étaient analogues à ceux que provoquaient les toxines, analogues à ceux que provoquaient les empoisonnements. La septicémie déterminée par le virus traumatique, auquel Bergmann donnait le nom de sepsine, pouvait provoquer des accidents foudroyants ou à évolution moins rapide,

---

[1] Cruveilhier (Article phlébite du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1834, t. XII, p. 356) ; après avoir injecté du mercure dans une veine périphérique, retrouvait après la mort des globules mercuriels au centre des abcès pulmonaires secondairement développés. Il en déduisait que le pus, particule solide, pouvait agir de la même façon.

mais déterminant le plus souvent une terminaison fatale. Verneuil ajoutait, que la sepsine secrétée par la plaie et absorbé par elle provoquait parfois des accidents à allure plus lente, qu'il expliquait par l'auto-infection, Maisonneuve persuadé, idée juste du reste, que les accidents étaient purement locaux, déclarait qu'il fallait empêcher le poison de se répandre en lui fermant les voies par lesquelles il pouvait s'introduire, puisque leur origine primitive était au niveau de la plaie même ; il n'y avait qu'un seul moyen efficace, c'était de renoncer toutes les fois que l'on pouvait à l'instrument tranchant, aux procédés réglés et brillants de Roux et de Lisfranc.

Seules les méthodes dites oblitérantes, en assurant la fermeture hermétique des vaisseaux, pouvaient donner quelques chances de guérison, et ce fut là pendant quelques années l'origine de la vogue inouïe des procédés de cautérisation, de dilacération, d'écrasement où les instruments de Maisonneuve et de Chassaignac allaient jouer un rôle de premier plan.

En modifiant le serre-nœud de Desault, le tourniquet à boule de Mayor de Lausanne, Maisonneuve réalisa un appareil véritablement effrayant. Chassaignac en 1850, présenta à la Société de Chirurgie son écraseur linéaire qu'il dénomma tout d'abord ligature métallique articulée, instrument constitué par une chaîne dont les mouvements alternatifs agissaient en sciant et en écrasant tout à la fois. Avec cet appareil redoutable Chassaignac (1) non seulement enlevait un col utérin, une langue ou un polype naso-

(1) Chassaignac, *Nouvelle méthode, pour prévenir l'effusion du sang dans les opérations chirurgicales* (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 août 1850), et *Traité de l'écrasement linéaire*, p. 7, jusque 1, Paris 1856.

pharyngien, mais encore pratiquait une amputation de cuisse. Il déclarait du reste avec une énergie qui admettait mal la contradiction, qu'avec son écraseur la suppuration était moindre, la cicatrisation plus rapide et qu'il s'agissait là d'une méthode nouvelle qui prévenait l'effusion du sang dans les plus graves opérations chirurgicales...

Maisonneuve devait avec son écraseur employer la scie quand il atteignait le fémur ; pour éviter cette manœuvre, il réalisa un instrument terrible qu'il baptisa ostéoclaste. Par la méthode qu'il dénommait diaclastique, le membre était immobilisé par un croissant métallique, des chaînes, un levier qui permettaient, grâce à un mouvement de torsion, de fracturer le segment osseux intéressé. Le membre était détaché et il ne restait plus qu'à faire tourner le constricteur jusqu'au moment où le câble à chaîne eût sectionné les parties molles. Cette technique réalisée en 1858, est véritablement effarante. Les travaux de Maisonneuve (1) ne provoquèrent, tandis qu'il publiait dans la Gazette des Hôpitaux cinq observations dont les résultats étaient, disait-il, encourageants, qu'une faible réaction chez les contemporains de l'homme qui fut d'autre part un chirurgien remarquable, tant on vivait alors dans la crainte et la hantise de l'infection purulente. C'est en partant du même principe qu'à cette époque la cautérisation abandonnée autrefois par Ambroise Paré et que les chirurgiens du XVIIIe siècle ne pratiquèrent qu'assez rarement, connut une nouvelle fortune.

Les pointes de feu furent largement appliquées et

(1) MAISONNEUVE, *Bulletin de la Société de chirurgie*, p. 248, 24 décembre 1856, et *Mémoire sur une nouvelle méthode d'amputation des membres, dite méthode diaclastique, ou par rupture et sur les instruments au moyen desquels on les exécute* (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. 46, p. 798, Paris, 1858).

Richet, à la veille de la guerre de 1870, conseillait dans les lésions articulaires chroniques ou aiguës de transfixer au fer rouge les parties molles jusqu'au niveau de l'os sous-jacent. L'ignipuncture profonde était certes moins barbare que l'écrasement linéaire et a donné dans des cas précis des résultats heureux. Nélaton en 1857, eut l'idée de pratiquer des cautérisations profondes en utilisant la flamme du gaz d'éclairage grâce à un instrument que lui avait construit Mathieu et qui n'eut qu'une brève fortune.

Les caustiques avaient été utilisés depuis la plus haute antiquité ; mais dans la période qui s'étend de 1850 à 1870 ils furent employés avec une extrême fréquence. Ce regain de fortune tenait au principe même qui avait guidé Chassaignac et Maisonneuve dans la réalisation de leurs redoutables instruments. Il fallait à tout prix pour éviter l'infection nosocomiale, oblitérer préventivement les vaisseaux, pour barrer la route à l'infection purulente. On avait tour à tour, employé l'acide sulfurique incorporé au safran (caustique sulfosafrané de Velpeau), le chlorure d'or, le nitrate acide de mercure ; mais ces agents ne pouvaient avoir qu'une action assez superficielle. Amussat et Filhos, leur substituèrent une préparation à base de potasse et de chaux, qui, paraît-il, est encore employée par quelques gynécologues médicaux. La pâte que Canquoin, fit connaître en 1834 eut une fortune extraordinaire pendant plus de trente années. Bonnet en 1843 affirmait que la cautérisation était le seul moyen de prévenir la phlébite et l'infection purulente. Les instruments les plus extraordinaires furent conçus et Jobert qui avait pratiqué la magnifique intervention qu'est la cystoplastie par glissement, précisé la technique des sutures intestinales, employait une capsule remplie de pâte de Vienne qu'il

laissait en place quelques minutes sur les hémmoroïdes... Maisonneuve, dans le traitement du cancer, avait décrit le manuel opératoire de l'application de la cautérisation en flèche, fragments de la pâte de Canquoin de formes diverses qui étaient introduits en plein tissu néoplasique. Salmon, Maunoury et Girouard allèrent dans cette voie plus loin encore et pratiquèrent un certain nombre d'amputations en employant la potasse (1). Il fallait six à huit séances pour réaliser la section des parties molles, un trait de scie était seul nécessaire pour terminer l'intervention. Cette étrange pratique rallia des adeptes. Bonnet avait enlevé une tumeur du sein en suivant cette méthode, et Chassaignac, amputé une jambe à l'aide d'une pâte où entrait un mélange d'acide sulfurique et de garance. Il obtint en 48 heures une séparation du membre sans hémorragie notable ; mais son malade mit de longs mois à se consolider.

On est vraiment frappé de stupéfaction quand on voit des chirurgiens de la valeur de Chassaignac et de Maisonneuve, employer ces procédés barbares, dont on ne peut comprendre la vogue qu'en pensant au spectacle que ces hommes observaient autour d'eux... La mortalité dans les hôpitaux atteignit une proportion plus élevée encore qu'au temps de Dupuytren.

L'explication de ces désastres est simple. Les chirurgiens tout d'abord, opérant sous anesthésie, n'avaient plus la hantise de la rapidité ; plus réglé, certainement l'acte opératoire était plus long, les causes d'infection se mul-

(1) Salmon et Maunoury, chirurgiens de l'Hôpital de Chartres, Etude sur les amputations par les caustiques, Amputation de cuisse sous-trochantérienne (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1856, p. 902).

tipliaient, infection qu'apportait le chirurgien et ses élèves qui sortaient de l'amphithéâtre pour rentrer dans la salle d'opération, et de leurs mains souillées, semaient l'infection purulente et enregistraient, impuissants des désastres, sans en pouvoir déterminer l'origine. Cette notion de la contamination directe n'était du reste admise par personne à la veille de la guerre de 1870.

A. Guérin, après avoir décrit les divers aspects de l'infection purulente, et différencié ses déterminations locales, phlegmon diffus ou localisé, et ses modalités cliniques, abcès métastatique et septicémie, considérait l'infection purulente comme due à un empoisonnement miasmatique, et admettait que la contagion se faisait uniquement par l'air, d'où l'idée heureuse de ses pansements ouatés, qui théoriquement appliqués pour empêcher le contact de l'air, empêchaient en réalité l'ensemencement de la plaie par les mains infectées du chirurgien.

Quelques opérateurs cependant, faisaient faire leurs autopsies par leurs élèves, et avaient comme Sédillot, et plus tard Koeberlé, Boeckel, Péan, Lefort, obtenu des résultats inespérés et faisaient en opérant avec des instruments soigneusement nettoyés, de l'asepsie sans le savoir.

Ces chirurgiens opéraient en vêtement de ville, à bout de pinces, sans se souiller, comme les grands ancêtres de l'Académie Royale ; mais c'était là l'infime exception et dans l'ensemble les résultats étaient navrants.

Avant qu'il ne soit question des travaux de Davaine et de Pasteur, Spencer Wels à Londres en 1858, Lawson Tait (1) à Birmingham ; Péan à Paris en 1867 s'étaient

(1) Lawson Tait, 1845-1899, considérait en 1868 le Spray phéniqué et le *Manuel opératoire* de Lister comme d'inutiles complications. Précurseur de l'asepsie stricte, il se lavait les mains à l'eau

attaqués aux grandes entreprises de la chirurgie abdominale et opéré des kystes de l'ovaire avec succès, sans se soucier des anathèmes de Velpeau.

En 1866, Koeberlé avait fait une hystérectomie pour fibrome, par la voie haute, et enlevé une rate avec l'assistance de Sédillot. Ces résultats heureux étaient dus non seulement à ce que ces hommes avaient à leur disposition l'anesthésie générale qui leur permettait d'intervenir sur une malade immobilisée, sans avoir à redouter la poussée des anses abdominales mais surtout au fait qu'ils opéraient en dehors des milieux infectés des salles hospitalières.

Spencer Wels, ancien chirurgien de marine, isolait ses malades en dehors de l'hôpital. Koeberlé à Strasbourg changeait de vêtements, se lavait les mains et employait des instruments soigneusement nettoyés. Péan, dans le milieu parisien avait des résultats meilleurs que ses contemporains en ne touchant jamais une plaie avec les doigts et en faisant une méticuleuse hémostase.

Péan, né à Marboué en 1830, mort à Paris en 1898, fut peut-être le chirurgien le plus complet de cette époque. Il ne fut ni agrégé, ni professeur ; mais son service de l'Hôpital Saint-Louis constitua un centre d'enseignement où se pressaient les élèves. Dominant les assistants de sa haute stature, il opérait en habit, une serviette autour du cou, les manches à peine relevées, et pendant que ses aides s'empressaient autour de lui, pas une goutte de sang ne souillait les mains de ce prestigieux ouvrier de notre art.

Au soir de sa vie, après son départ de Saint-Louis il n'avait pu se résigner à ne plus opérer, et avait créé un

chaude et au savon et préparait la paroi de son opéré de la même façon.

hôpital privé, rue de la Santé ; c'est là où tout jeune étudiant en médecine nous vîmes pour la première fois en 1898 pratiquer une intervention chirurgicale. Péan fit ce jour là une astragalectomie et l'ablation d'un goître, avec une simplicité et un minimum d'efforts apparents admirables. S'il nous donna le grand amour de la chirurgie, il nous fit penser bien à tort qu'elle était une chose très simple.

Le 18 juillet 1865, deux ans avant le premier travail de Lister, il présentait devant l'Académie de Médecine une malade à laquelle il avait enlevé un volumineux kyste de l'ovaire. Le premier en France il pratiqua une splénectomie et quelques années plus tard l'ablation large d'un cancer du pylore en suivant une technique que nous employons encore aujourd'hui sans grande modification et qui porte le nom de l'allemand Bilroth. En 1868, il utilisa l'admirable instrument qui porte son nom.

Depuis quelques semaines déjà, il semble bien que Koeberlé utilisait une pince analogue. Celui-ci, à l'ombre de la cathédrale de Strasbourg, fut également un très grand chirurgien. Il avait avant 1870, pratiqué quatre-vingts ovariotomies avec une mortalité de vingt-cinq pour cent, et six années plus tard il publiait une statistique de trois cents interventions par la voie haute qui ne comportait que dix-huit décès pour les cent derniers cas. Dans un article qu'il fit paraître en 1878 dans le dictionnaire de Jaccoud, il précisa les détails de sa technique initiale et conseillait d'opérer avec des instruments trempés dans l'eau bouillante et passés à l'alcool, d'utiliser du linge lessivé et non des éponges. Les ongles du chirurgien devaient être propres, ses aides et lui ne devaient pas hésiter à se laver les mains pendant l'opération dix et vingt fois de suite si cela est nécessaire.

Il est possible que Péan ait eu connaissance de la pince qu'employait Koeberlé, les deux instruments sont presque identiques. Les discussions sur la priorité de cette découverte furent âpres entre le maître de Saint-Louis et le chirurgien de Strasbourg. Aujourd'hui que ces ardentes querelles sont éteintes depuis de longues années et que ces deux magnifiques réalisateurs reposent dans le grand calme de la mort, leur nom doit être associé en une reconnaissance égale, dans la mémoire des hommes.

On doit à la vérité de reconnaître qu'en dehors de la France, deux cliniciens avaient depuis quelques années conseillé la propreté chirurgicale et obstétricale, en énonçant le principe que l'infection puerpérale, la fièvre puerpérale, comme on disait alors, était due à une cause venant en dehors d'elle et non de la malade elle-même.

Holmès et Semmelweis, émettaient cette proposition au moment même où l'éther était employé pour la première fois.

O. W. Holmès, né en 1809 et mort à 85 ans en 1894, après avoir assisté à l'évolution chirurgicale de la dernière moitié du siècle, avait proposé en 1846 le terme d'anesthésie et d'anesthésique pour désigner les résultats de la découverte de Morton et de Jackson. Il lut en 1847 devant une réunion des médecins de Boston un mémoire sur la contagiosité de la fièvre puerpérale dans lequel il déclarait que les femmes en couches ne devaient jamais être visitées par des médecins qui avaient fait une autopsie ou soigné une malade fébrile.

Il ajoutait que cette maladie était transmissible et qu'elle pouvait d'autre part survenir quand le médecin traitant avait soigné un érysipèle. Il déclarait enfin qu'il fallait se laver les mains et changer ses vêtements quand on avait approché une malade suspecte.

Cette communication d'Holmès, devant ses confrères américains suscita de leur part une protestation unanime et il ne semble pas que son travail ait été connu en Europe à cette époque.



Dans le même temps Semmelweis, né en 1818 et mort en 1865, chirurgien de la Clinique obstétricale de l'hôpital de Vienne, puis chargé de cours à Budapest, observa que la fièvre puerpérale sévissait d'une façon redoutable dans la première clinique de l'hôpital tandis que le deuxième service était épargné. Il pensa trouver la raison de ces résultats différents dans le fait que la première clinique était fréquentée par des étudiants qui venaient directement dans le service, au sortir de la salle d'autopsie ou de dissection tandis que dans l'autre clinique, le service était fait par des sages-femmes qui ne pénétraient jamais dans l'amphithéâtre. En 1847, un assistant du professeur d'anatomie pathologique, Rokitansky de Vienne, mourut des suites d'une piqûre anatomique. La conviction de Semmelweis fut faite dès lors et il obligea ses élèves à être propres et à se laver les mains avec de l'hypochlorite de soude avant de toucher une malade. La mortalité par infection puerpérale tomba de suite dans les salles qui lui étaient confiées de 15 à 3,8 puis à 1,27 % à la suite de cette simple mesure.

Il semblait bien qu'après ces données précises, la vérité devait se faire jour. Il n'en fut rien.

Les professeurs Scanzani et Carl Braun, qui avaient assisté aux expériences de Semmelweiss refusèrent de se laisser convaincre et les maternités continuèrent à être fréquentées par des étudiants qui, à l'exemple de leurs maîtres, gardaient des mains d'une propreté douteuse.

Les vérités les plus claires ont quelquefois bien du mal à apparaître à la lumière. Il faut relire dans le beau livre

de Vallery Radot [1] l'histoire des discussions qu'amenèrent quelque vingt ans plus tard les communications de Pasteur devant les tribunes médicales.

Quand on les considère avec le recul des années, dans le calme et l'apaisement des passions on est amené à reconnaître qu'elles ne sont pas toujours à l'honneur des savants officiellement consacrés par les pompes académiques. Cet accueil exempt d'enthousiasme ne fut pas réservé au seul Pasteur, mais à tous ceux qui apportaient une idée qui leur était propre et étaient considérés comme des novateurs dangereux.

Le jour où Villemin [2], modeste médecin militaire à Strasbourg, dont on ignorait le nom et les travaux, vint devant l'Académie de Médecine présenter son premier mémoire sur la spécificité de la tuberculose, brochure de quatre-vingts pages, où il apportait la preuve que celle-ci se reproduisait et ne pouvait se reproduire que d'elle-même, qu'elle était spécifique et contagieuse, il ne s'en fallut de peu qu'on ne le traitât comme un perturbateur de l'ordre médical, rapporte Vallery-Radot. Idée de spécificité, idée funeste disait Pidoux qui, dans son habit bleu à boutons d'or et drapé dans sa réputation presque aussi grande à Paris qu'aux Eaux-Bonnes, apparaissait dans son

---

(1) Vallery-Radot, *La vie de Pasteur*, Flammarion, 1910.

(2) Dans la vieille et délicieuse cour du Val de Grâce qui précède le musée, on trouve deux statues, un buste modeste de Villemin et à quelques mètres la statue de Broussais. Celle-ci, œuvre de Théophile Bra, fort belle d'ailleurs, représente le créateur de la médecine physiologique, recouvert d'une houppelande, il est assis mais garde une attitude de combat, la tête légèrement inclinée en avant, les sourcils froncés et les mâchoires contractées, il écrase une pile de livres qui fléchissent sous la pesée de sa botte. Il faut espérer pour la postérité que ce sont les siens...

costume et dans son langage, comme un représentant de la médecine traditionnelle. « La tuberculose, s'écriait-il, mais n'est-ce pas l'aboutissant d'une foule de causes diverses internes et externes et non le fruit d'un agent spécifique toujours le même. Appliquer ces doctrines aux maladies chroniques nous condamne à la recherche de remèdes spécifiques ou de vaccins et tout progrès est arrêté. La spécificité immobilise la médecine. »

Davaine fut accueilli à la tribune avec un égal enthousiasme le jour où parlant des travaux de Pasteur sur le ferment butyrique il rapprocha le rôle de ce ferment, de celui de certains parasites visibles sous microscope qu'il avait trouvé dans le sang d'animaux morts du charbon. Par sa présence et sa multiplication rapide dans le sang ces agents doués de vie, agissaient sans doute à la manière des ferments.

Au moment même où Pasteur prenait place à l'Académie, où d'ailleurs il n'avait été élu qu'à une voix de majorité, Davaine était attaqué avec une violence qui cadrait mal avec l'ambiance d'une si auguste assemblée. Théories des germes, conception des virus ferments, tout cela était considéré comme un ensemble d'idées singulièrement révolutionnaires. Pasteur pouvait se préparer à de rudes batailles.

Chassaignac, dont le nom restera attaché à l'histoire du drainage chirurgical, et qui du reste, sans se rendre compte du rôle bienfaisant de son geste badigeonnait la peau des opérés avec une solution de nitrate d'argent, stigmatisait cette chirurgie de laboratoire qui faisait périr beaucoup d'animaux et sauvait très peu d'hommes ; Chassaignac ajoutait, afin de marquer la distance entre les expérimentateurs et les praticiens, et de rappeler à

la modestie ceux qui pouvaient être tentés de proclamer trop vite une découverte, qu'il fallait bien savoir que tout ce qui sort du laboratoire devait être circonspect, modeste, réservé, tant que la découverte n'avait pas reçu les sanctions des longues et patientes recherches des cliniciens. Il terminait en proclamant qu'il serait trop facile de tout ramener dans la pathologie à une piqûre d'aiguille et à une goutte de sang sous le microscope.

A l'Académie, on répondait aux preuves expérimentales de Davaine et de Pasteur, par d'harmonieuses périodes oratoires, et Piorry [1], clinicien réputé, et qui portait le poids de sa réputation pour en paraître certains jours comme accablé, trouvait aux expériences de Villemin une explication très simple. La matière tuberculeuse, déclarait-il, ne paraît être autre chose que le pus qui a subi des modifications, nombreuses et variées... et voilà pourquoi notre fille est muette...

Et cependant, quelle évolution formidable et rapide, devait être celle de la chirurgie, après les intuitions méconnues du médecin landais Hameau, les recherches de Davaine, les découvertes de Pasteur.

[1] Piorry (1790-1879), avait à cette époque quatre vingt-quatre ans. Son *Traité de percussion médiate* fut publié en 1832.

V

L'ANTISEPSIE
LA PERIODE DE REALISATION — 1870-1880
PASTEUR, LISTER, LUCAS CHAMPIONNIERE
L'ESSOR CHIRURGICAL — 1880-1895

SOMMAIRE. — *Le Fort. Tillaux. Léon Labbé. Duplay. Lannelongue. Félizet. Reclus. Berger. Peyrot. Duret. Pozzi. Broca. Kirmisson. Le Dentu. Guinard. Jalaguier. Tuffier. Picqué. Lejars. Farabeuf. Poirier. Delagenière. Fontan. Maunoury. Vautrin. Montprofit. Jaboulay. Poncet. — Les chirurgiens de langue française. Depage. Willems. Jonnesco. Socin. Reverdin.*

Tandis qu'en France sévissaient les joutes académiques, en Angleterre, Lister (1) publiait en 1867 un court travail intitulé *Nouveau traitement des fractures ouvertes et des abcès, observations sur les causes de la suppuration.*

Si nous recherchons, disait-il, pourquoi des plaies extérieures communiquant avec le foyer de la fracture sont aussi graves, nous sommes dans l'obligation d'attribuer

(1) Lord Joseph Lister, né à Upton, dans le comté d'Essex en 1827, mort en 1912. Professeur de l'Université de Glasgow en 1860, il employa sa méthode, pour la première fois, le 12 août 1865; mais il ne publia ses premiers résultats dans le journal *The Lancet* qu'en 1867.

le fait à la décomposition du sang épanché autour des fragments.

Si nous envisageons maintenant, la question de savoir comment l'atmosphère amène la décomposition des matières organiques, nous trouvons que les travaux de Pasteur, ont jeté un flot de lumière sur ce sujet important.

Le chimiste français, a montré que l'air ne tient cette propriété, ni de l'oxygène ni d'aucun de ses éléments gazeux, mais des particules minimes et flottantes qui sont les germes des êtres inférieurs. Pasteur a montré qu'ils sont la cause éventuelle de ce processus et qu'ils réduisent les substances organiques complexes en des composés chimiques plus simples, tout à fait comme la levure décompose le sucre en alcool. Le 9 août 1867, Lister lisait à la séance annuelle de l'Association médicale britannique, un autre mémoire sur le principe antiseptique dans la pratique chirurgicale, et en 1868, à la Société Médicale de Glasgow, conseillait l'emploi méthodique de l'acide phénique dans le traitement des plaies.

En France seul, Just-Lucas Championnière comprendra très vite l'importance de la méthode de Lister. Convaincu de la valeur technique des procédés du chirurgien de Glasgow dès 1869, il ne put les appliquer de façon méthodique que deux années plus tard, au cours d'un remplacement qu'il fit dans le service malpropre et infecté de Lariboisière. Les résultats qu'il obtint furent tels, que parmi ses collègues beaucoup d'incrédules comprirent qu'il y avait là quelque chose que l'on n'avait jamais vu et que la chirurgie allait entrer dans une période nouvelle.

Dans cette période de quinze années qui a précédé la guerre de 1870, en dépit de tous les espoirs qu'avait suscité l'application généralisée de l'anesthésie générale il n'est pas exagéré de dire que la chirurgie française avait subi

un véritable recul. Si nous faisons exception de quelques chirurgiens qui opéraient en province, ou qui avaient le sens inné de la propreté qui leur donnait des résultats heureux, et sans savoir pourquoi elle leur donnait ces résultats, dans la plupart des services parisiens, la mortalité restait très élevée.

Ceux, dit Vallery Radot, qui ont traversé une salle de blessés pendant la guerre de 1870 et plus encore ceux qui ont été étudiants en médecine à cette époque ont conservé un tel souvenir de ce spectacle qu'ils n'en parlent qu'avec effroi. Tous les blessés suppuraient, une odeur acre et fétide vous enveloppait, vous poursuivait.

La septicémie était partout, et un élève d'alors, qui fut plus tard le professeur Landouzy, disait que le pus semblait germer de toute part, comme s'il avait été semé par le chirurgien. Il rappelait ce mot de Denonvilliers à ses élèves : « Quand vous aurez une amputation à faire, regardez-y à dix fois, car si nous décidons une opération trop souvent nous signons un arrêt de mort », et Verneuil, dans un accès de découragement, ne disait-il pas : « Plus d'indications absolues, plus de précisions rationnelles, mutilations restreintes ou radicales, débridement précoce ou consécutif, extractions précoces ou tardives des projectiles ou des excitants, rien ne réussit... »

Pendant le siège de Paris, dans le Grand Hôtel, transformé en ambulance, Nélaton désespéré de ses efforts stériles et à la vue de tant de désastres, déclarait que celui qui triompherait de l'infection purulente mériterait une statue d'or.

Cette impression d'impuissance, d'efforts stériles, devait être affreusement pénible. Combien plus heureux, les hommes de notre génération, qui ont vu bien des horreurs, mais n'ont pas connu une telle tristesse aux pires

heures, dans la boue de Champagne ou la misère de Verdun.

Dans les années qui suivirent immédiatement la guerre de 1870, grâce aux efforts persévérants de Lucas Championnière la doctrine antiseptique rallia quelques adeptes ; mais il faut arriver à 1875 pour que fut précisé la charte de la chirurgie française, car c'est au mois d'avril de cette année que Pasteur fit devant l'Académie de Médecine sa communication sur la théorie des germes, qu'il présentait en son nom et en celui de ses collaborateurs Joubert et Chamberland.

Les sciences, disait-il, gagnent toutes à se prêter un mutuel appui. Lorsque à la suite de mes premiers travaux en 1857 et 1858, on put admettre que les ferments proprement dits, sont des êtres vivants, que des germes d'organismes microscopiques abondent à la surface de tous les objets dans l'atmosphère et dans les eaux, que l'hypothèse d'une génération spontanée est purement chimérique, les médecins et les chirurgiens jetèrent les yeux sur ces clartés nouvelles. Dans ce travail Pasteur rendait un éclatant hommage à Davaine en déclarant que celui-ci avait le premier fait une application heureuse de ces principes à la médecine en 1862.

Les maladies transmissibles, infectieuses, contagieuses, ajoutait-il, ont une cause qui réside uniquement dans l'existence d'organismes, microscopiques d'où la nécessité d'abandonner à tout jamais les idées de virulence spontanée et les hypothèses gratuites du même ordre. Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, après m'être lavé les mains avec le plus grand soin et les avoir exposées à un flambage rapide, ce qui n'expose pas à plus d'inconvénients que n'en éprouve un fumeur qui fait passer un charbon ardent d'une main dans l'autre ; je n'utili-

serai que de la charpie, des bandelettes, des éponges préalablement exposées dans un four à une température de 130 à 150° et je n'emploierai jamais qu'une eau qui ait subi la température de 110°. Tout celà est très pratique, de cette manière je n'aurai à craindre que les germes en suspension dans l'air autour du lit du malade ; mais l'observation nous montre chaque jour que le nombre des germes est pour ainsi dire insignifiant à côté de ceux qui sont répandus dans les poussières, à la surface des objets ou des eaux. Il précisait dans cette même communication la mise en défense de l'organisme contre les infiniments petits, grâce aux substances qui les tuent et empêchent leur développement, l'acide phénique, le sublimé de salol. L'obstacle à l'arrivée des germes et des microbes est constitué surtout toutefois par la désinfection complète et absolue des mains, des instruments et de tout ce qui doit arriver au contact immédiat de l'opéré. Dans ce travail, Pasteur avait précisé les règles qui depuis sont restées immuables de l'antisepsie et de l'asepsie.

Ces données, si précises, l'exposé lumineux de ces faits éclatants, éclairaient des aveugles qui ne voulaient pas voir, et c'est avec une profonde tristesse, disait-il, dans la séance de l'Académie du 11 novembre 1879, que je me vois contraint de répondre si fréquemment à des contradictions irréfléchies, que je vois la presse médicale parler de ces discussions sans paraître s'inquiéter des vrais principes de la méthode expérimentale.

Il faut relire les Bulletins de la Société de Chirurgie dans la période de dix années qui suit la guerre de 1870 pour voir combien les vérités les plus simples ont de peine à se faire jour.



Després, né en 1834 et mort en 1896, et qui en dehors de celà fut un parfait honnête homme, présentait à la

Société de Chirurgie en 1885, il était encore en pleine activité, la statistique des érysipèles observés dans son service de l'hôpital de la Charité, statistique qu'il dénommait le calendrier de l'érysipèle, où d'une façon toute métaphysique, il établissait la non contagiosité de ce dernier. Després qui prenait souvent la parole pour défendre avec une grande énergie des idées toujours fausses, pansait à plat ses amputations du sein à l'aide d'un gâteau de charpie qu'il imprégnait d'alcool, en souvenir de son maître Nélaton ; mais qu'il ne manquait jamais de déposer au-dessus du fameux linge fenestré enduit d'un corps gras qui lui se trouvait au contact direct des surfaces sans oublier qu'il était de toute urgence d'employer pour celà le vieux cérat, et non cette graisse prétentieuse, qu'on décorait du nom de vaseline.

Després, écrit plus tard Segond, dans le spirituel éloge qu'il fit du chirurgien de la Charité, était resté la vestale du pus français. Celà était d'autant plus lamentable que les vétérinaires avaient rapidement suivi les conseils de Pasteur, et que dès 1874 Nocard d'Alfort employait le spray phéniqué dans les interventions sur le cheval.

Cependant, s'il avait encore des adversaires irréductibles, Pasteur, dès ses premiers travaux, avait rallié à sa doctrine, les hommes qui avaient au cœur l'amour de la vérité et l'horreur des paroles vaines... Sédillot, le maître de Strasbourg qui au lendemain de la guerre avait refusé la chaire de la Clinique de Nancy, avait eu toute sa vie la hantise, la crainte des accidents infectieux. Sa classification des accidents septiques dans le premier chapitre de sa *Contribution à la Chirurgie*, est d'une admirable précision, il se rallia d'enthousiasme à la doctrine pastorienne.

Le 11 mars 1878, c'est-à-dire quelques semaines avant

la communication capitale de Pasteur, Joubert et Chamberland, ce vieillard de 76 ans, plein d'un enthousiasme juvénile, présenta à l'Académie des Sciences une note qui vaut d'être reproduite dans sa presque totalité. Elle est intitulée : *De l'influence des idées de M. Pasteur sur les progrès de la chirurgie.*

Ce dernier, dit-il, a démontré que les organismes microscopiques répandus dans l'atmosphère sont la cause des fermentations attribuées à l'air qui n'en est que le véhicule et n'en possède aucune des propriétés. Ces organismes forment tout un monde d'espèces, de familles et de variétés dont l'histoire à peine commencée est déjà féconde en précisions et en résultats de la plus grande importance.

Les noms de ces organismes : microzoaires, microphytes, aérobies, anéorobies, microgermes, microci, microzymas, bactéridies, vibrions, sont très nombreux et devraient être en partie réformés.

Le mot microbe μιχρός petit ; βιος vie, ayant l'avantage d'être plus court, d'une signification plus générale, et mon illustre ami M. Littré, le linguistique de France le plus compétent, l'ayant approuvé, nous l'adoptons sans néanmoins renoncer à ceux en usage pour la désignation des variétés les plus étudiées [1].

---

[1] Littré avait répondu à Sédillot qui lui demandait son avis, la lettre suivante qu'a bien voulu nous communiquer son petit-fils du maître de Strasbourg :

« 28 février 1878.

» Très cher confrère et ami,

» Microbe et microbie sont de bons mots, pour désigner les animalcules je donne la préférence à microbe, d'abord parce que comme vous le dites il est plus court, puis parce qu'il réserve

La démonstration des microbes et de leur rôle dont l'Académie a été le juge et le témoin a jeté un rayon de vive lumière dans les obscurités et les fausses appréciations où s'égarait la chirurgie.

Diverses doctrines réductibles en une seule, ayant pour base les dangers du contact de l'air, partageaient le chirurgien, toutes reposaient sur des observations exactes et touchaient à la vérité sans l'atteindre, en raison de leurs fausses interprétations et de leurs généralisations prématurées. M. Jules Guérin en se fondant sur l'unanimité des médecins au sujet de l'air comme agent d'insalubrité d'infection et de pestilence, et ayant constaté d'autre part la presque certitude de la guérison des fractures qui ne communiquaient pas avec l'air, était arrivé à proclamer très justement l'inocuité des plaies mises à l'abri de l'air et avait proposé sa méthode d'opérations sous-cutanées. Cette conception doctrinale d'une remarquable perspicacité était légitime, mais on ne pouvait en trouver les moyens d'applications avant les découvertes de M. Pasteur ; d'autres chirurgiens supposaient qu un poison putride, véritable poison traumatique, sepsine de

microbie, substantif féminin pour la désignation de l'état de microbe.

» Il est exact que dans la grécité : μικροβιος et μακροβιος désignent à courte et à longue vie ; mais comme vous le faites remarquer justement, il ne s'agit de grécité proprement dite, mais de l'emploi que notre langue scientifique fait des radicaux grecs.

» Or, la langue grecque a : βιος , vie βιοῦς , vivant, βιοῦς , vivre, dont le radical peut très bien figurer sous la forme *be* ou *bie* dans le sens de vivant dans aérobie, dans anaérobie, microbie. »

Mon sentiment est de ne pas répondre dans la critique et de laisser le mot se défendre lui-même ce qu'il fera sans doute. Vallery-Radot, qui avait eu avant nous communication de cette lettre fait justement remarquer dans son livre, que Pasteur, en l'adoptant, allait lui faire faire le tour du monde.

Bergmann et de Richardson déterminaient des complications infectieuses, sans être parvenu toutefois à en démontrer l'existence. La chirurgie cependant, malgré l'ignorance de la cause intiale de ces accidents, ne cessait de les étudier directement. Considérant l'étranglement des capillaires et particulièrement la retention du pus, comme un des plus grands dangers de la chirurgie, nous avions adopté dans nos cliniques pendant plus de vingt ans, un mode de pansement ouvert ou de pansement à l'air qui nous permettait, joint à la méthode d'un seul lambeau antérieur ou supérieur dont nous avions généralisé l'emploi, de réduire la plaie au minimum de ses surfaces de suppuration et d'assurer le libre écoulement des liquides qui s'y produisaient. Nous obtenions ainsi d'admirables survies qui ont été publiées ; mais nous n'étions pas satisfaits, ne pouvant les rattacher à une cause générale capable d'éclairer les obscurités dont nous étions entourés. Les découvertes de M. Pasteur concilièrent subitement les dissidences et les contradictions apparentes auxquelles la chirurgie semblait condamnée, et leurs clartés s'élevèrent à la hauteur d'un principe. Lorsqu'un principe général est reconnu, les applications à la science en sont les conséquences logiques. Leur étude devient plus simple et plus complète. Ce qui était obscur est alors éclairé d'une vive lumière et les doutes disparaissent. L'innocuité et la nocivité de l'air s'expliquaient alors facilement, par la présence ou l'absence d'organismes infectieux dont la multiplication et les spécifités résident dans certaines localités tellement insalubres, que les chirurgiens sont réduits à s'abstenir des plus simples opérations dans les salles, par exemple, où sévit la pourriture d'hôpital. Le pus, lorsqu'il s'écoule librement entraîne les microbes dont il est chargé, il ne produit aucun accident, tandis

que, retenu dans quelques anfractuosités des plaies il y devient putride et souvent mortel, par suite de son introduction dans les capillaires. La compression des liquides joue ici un grand rôle et nous la signalons avec insistance pour ramener sans cesse la biologie aux lois de la physique générale.

La magnifique découverte de la bactéridie charbonneuse par M. Davaine, confirmé par M. Pasteur, contre les objections de MM. Saillard, Leplat et Paul Bert, de la bactéridie putride également reconnue par MM. Davaine, Pasteur, Coze et Feltz, de Nancy suffisaient à démontrer si celà était encore à faire, l'existence de diverses espèces de microbes.

La variété de ces infiniment petits est telle que M. Pasteur a reconnu des vibrions distincts pour les deux acides : acides tartrique, droit et gauche, dont la chimie n'a pas encore montré la différence de composition. Les découvertes de M. Pasteur expliquent l'emploi dans le traitement des plaies du camphre, de l'iode, de l'alcool et de cent autres substances antiseptiques, dont il n'y a plus qu'à constater le degré de puissance contre les microbes et à augmenter la puissance vitale des opérés.

En 1867, M. Lister fit connaître sa méthode d'opérations et de pansements phéniqués, rigoureusement conforme aux indications de M. Pasteur. Toute vérité scientifique a besoin de confirmations spéciales suivant les indications qu'on en veut faire.

Il fallait pour l'utiliser en chirurgie que le principe de M. Pasteur réalisât les espérances qu'il promettait. Le chirurgien anglais eut ce mérite qui fit sa célébrité. Après avoir décrit le pansement de Lister et avoir montré quelle avait été en France l'influence heureuse de Lucas Championnière, il conclut en affirmant, ce qui du reste est une

vérité absolue au point de vue chirurgical, que le dernier terme de l'art est d'arriver à la simplicité technique. Il donne ensuite dans ce mémoire, son opinion sur le pansement ouaté de Guérin, exalté par les uns, critiqué par les autres. Le succès de ce pansement dans les amputations, malgré le grand nombre de vibrions qu'on a retrouvé dans le pus sous jacent, tient, dit-il, à plusieurs causes.

La ouate a prévenu l'ensemencement par l'air de nouveaux microbes, la distention par le coton en efface les anfractuosités. La compression uniforme des surfaces, l'immobilité ont empêché l'étranglement des tissus, leur ulcération et les dangers de la pénétration dans les lymphatiques et les capillaires veineux.

Sans étranglement, sans ulcération, les microbes ne traversent pas les surfaces d'une plaie. Le rôle du danger de l'infection par l'air, infiniment moins redoutable cependant que l'infection par contact direct, hante son esprit. Il voudrait que dans chaque hôpital, fût organisée une installation qui permit chaque jour d'être renseigné sur le degré d'infection de l'air ambiant...

Il présente enfin dans ce même travail quatre observations très belles de Boeckel, son ancien collègue de Strasbourg qui, comme lui, avait fait de l'asepsie sans le savoir, amputations de cuisses et amputations de seins avec guérison obtenues par première intention. Nous sommes en 1877 et dans combien de services parisiens sévissaient encore cérats et cataplasmes !... Sédillot, rapporte enfin un fait personnel qui l'avait troublé au début de sa carrière et auquel il ne trouve une explication logique que plus de quarante ans après l'acte opératoire initial. Parmi les espérances, dit-il, qu'inspirent les découvertes de M. Pasteur au traitement des plaies, nous placerons la réunion immédiate des os dans les résections

articulaires et leur transformation fibreuse sans suppuration à la suite des amputations. J'avait pratiqué vers 1836 une amputation de l'extrémité supérieure du premier métacarpien et la plaie s'était refermée en quelques jours sans trace d'inflammation ni de suppuration par adhésion immédiate. L'examen anatomique du moignon de l'opéré, mort subitement de lésions internes, montra l'os isolé, sans adhérences, sans trace d'inflammation ni de suppuration.

J'ai constamment, depuis cette époque, rappelé cette observation que je regardais comme un fait d'attente. On peut juger de ma satisfaction de voir après quarante ans ces faits parfaitement expliqués et sur le point d'être pratiquement réalisés...

L'enthousiasme de cette homme qui toute sa vie avait eu l'amour d'une profession qui lui apparaissait telle qu'il n'en pouvait concevoir de plus belle est admirable.

A l'âge qu'il avait atteint, au soir de la vie où le vieillard sent se rapprocher chaque jour l'heure proche marquée par le destin, il conservait sa foi dans la science et les enthousiasmes de sa jeunesse ardente. Cela a véritablement un caractère de grandeur qui dépasse l'humanité moyenne. Il terminait sa communication à l'Académie des Sciences, d'une façon un peu solennelle peut-être, mais cependant très belle, en écrivant : « Nous avons assisté à la conception et à la naissance d'une chirurgie nouvelle fille de la science et de l'art qui ne sera pas une des moindres merveilles de notre siècle et à laquelle les noms de Pasteur et de Lister resteront glorieusement attachées. »

Pasteur, encore en pleine vigueur intellectuelle, il avait alors 56 ans, fut profondément touché des marques d'attachement que lui avait prodiguées Sédillot, cela d'autant

plus que la critique n'avait pas désarmé et que Colin d'Alfort ne cessait à l'Académie de Médecine de le harceler de ses objections acerbes et de ses critiques répétées. Le vieux maître garde cette foi dans l'avenir de la chirurgie, cet enthousiasme juvénile jusqu'à la fin de sa vie, et dans la dernière communication qu'il fit à l'Institut le 22 septembre 1879, il écrit : « Les sciences marchent du connu à l'inconnu et pourvues à leur début de leurs moyens d'analyse toujours lents à acquérir, elles devaient fatalement procéder des généralités apparentes aux particularités encore inaccessibles et ce n'est qu'après de vains efforts pour arriver directement au priori, aux dernières vérités qu'elles ont repris le même chemin en remontant du particulier au général. Les observations s'affirment et se multiplient chaque jour, et les magnifiques études de M. Davaine sur la bactéridie charbonneuse, celles de M. Pasteur sur la résistance des germes ont rendu indéniables ces merveilleuses découvertes. Dans la conviction dans l'importance pour les progrès à la médecine de ce nouveau mode d'organismes microscopiques, j'avais signalé les avantages que l'on retirerait au laboratoire pour y suivre et y démontrer l'influence de ces microbes sur le nombre, la gravité et l'état des malades. M. Pasteur et M. Miquel ont fait beaucoup par leur exemple qui a trouvé de nombreux imitateurs et réalisé des espérances à peine entrevues.

La sagacité, le génie expérimental de M. Pasteur, le concours des médecins répondent aujourd'hui du succès. Répétons pour nous préserver des découragements et des impatiences : l'œuvre est longue et difficile, mais l'espérance est immense et la récompense est certaine.

Si quelques chirurgiens comme Després n'adoptèrent jamais les principes de la méthode antiseptique et res-

tèrent aveugles devant la claire évidence, d'autres suivirent avec enthousiasme les conseils que leur avait donné Pasteur. Parmi eux Léon Lefort qui né à Lille en 1859, agrégé à 30 ans puis chirurgien des hôpitaux, une année plus tard, écrivait en 1868 en prenant possession de son service à Necker : « Lorsque je devins chirurgien de l'hôpital Cochin je pris les plus grandes précautions pour empêcher qu'un cas accidentel d'infection purulente devint par contagion l'origine de ce qu'on appelle une épidémie, j'employais les pansements alcoolisés comme étant les plus propres et les plus sûrs, j'exigeais de mes élèves la propreté extrême des instruments, le lavage soigné des mains avant tout pansement, je bannis absolument les éponges. Cette conduite eut comme résultat la disparition à peu près complète de l'infection purulente et de l'érysipèle. »

Dans sa leçon inaugurale à la Faculté de médecine opératoire où il avait été nommé deux ans avant la guerre de 1870, se souvenant sans doute qu'il était le gendre de Malgaigne, Lefort fit une remarquable et rapide étude de l'histoire de la chirurgie. Cette dernière eut un retentissement sur lequel il ne comptait pas et Mgr Dupanloup en prit texte pour le signaler à la tribune du Sénat, comme un contemporain du christianisme et un apôtre des idées internationales. Ces tempêtes dans un ciel aux horizons bornés s'apaisèrent du reste rapidement. Lefort mourut en 1893.

Ce fut aussi un précurseur de l'antisepsie, qu'Alphonse Guérin qui naquit à Ploermel en 1816, et mourut à 78 ans. Chirurgien des Hôpitaux en 1850, il avait trois années auparavant déclaré que la fièvre purulente était due à un empoisonnement consécutif à la pénétration dans la plaie d'une substance septique, d'un miasme qu'il com-

parait à celui de la fièvre jaune ou de la malaria. En 1871, il préconisa après les amputations le pansement ouaté, auquel son nom est resté attaché. Je me rappelle, dit Reclus dans l'éloge qu'il fit de Guérin, à la Société de Chirurgie en 1896, notre stupeur lorsque le bruit courut dans les hôpitaux que dans son service de Saint-Louis, Alphonse Guérin avait obtenu 19 guérisons sur 34 opérés, alors que l'infection purulente était devenue pour nous une maladie fatale, nécessaire. Pendant la guerre elle avait sévi avec une telle rudesse que nos maîtres épouvantés arrivaient à douter de leur art.

Trelat fuyait l'hôpital Saint-Louis après avoir perdu tous ses blessés ; Gosselin, Verneuil et Nélaton quittaient en hâte leurs salles et c'est à cette heure si meurtrière qu'on en avait jamais vu de plus sombre, qu'Alphonse Guérin prétendait guérir ses amputés de cuisse.

L'idée du pansement ouaté ne partait pas d'un principe absolument exact ; mais constituait cependant un progrès réel. Alphonse Guérin fut pendant deux années le maître incontesté et l'on venait apprendre les rites ponctuels à observer dans le service du chirurgien de Saint-Louis, qui avait des résultats opératoires supérieurs à ceux de ses contemporains.

La réputation de Guérin comme celle de Nélaton, dépassa les frontières et l'on rapporte à ce sujet une anecdote qu'il y a lieu de croire authentique. Appelé auprès du pape Pie IX qui souffrait d'un ulcère de jambe qu'il guérit, alors que les traitements antérieurs n'avaient pas donné de résultats, ce dernier en le remerciant lui dit qu'il était le plus grand médecin du monde. « Je dois vous croire sur parole, répondit A. Guérin, votre Sainteté n'est-elle pas infaillible » et un jour où le chirurgien avait ausculté le Souverain Pontife, il lui déclara : « Je

me garderai bien de dire à mes compatriotes que ma tête s'est appuyée sur votre poitrine, ils me couperaient les oreilles pour en faire des reliques. »

Verneuil était né à Paris en 1823. Interne à 20 ans en 1843, après avoir été l'élève de Lisfranc, il arriva assez difficilement aux concours et il semble que les discussions acerbes qu'il eut avec Velpeau ne lui facilitèrent pas la route. Il ne fut professeur qu'après la mort de son adversaire. Tayllerand a écrit une chose fort juste, en déclarant que le plus sûr moyen de triompher de ses ennemis était de leur survivre. Les recherches de Verneuil sur les diathèses en chirurgie sont marquées d'une empreinte originale. Bouisson et Delpech (de Montpellier) avaient montré avant lui l'arrêt des hémorragies chez les paludéens par la quinine et Marchal de Calvi, la gravité des interventions chez les diabétiques ; mais la série de ses travaux sur les diathèses, les rapports des traumatismes avec la tuberculose, l'étude des réactions pathologiques chez les diabétiques, comporte des aperçus nouveaux.

Sans avoir peut-être prévu l'importance des travaux de Pasteur, il avait expliqué les accidents septiques par le virus traumatique, la sepsine... Il se rallia vite aux idées nouvelles et insista sur le rôle du microbisme latent en chirurgie. Verneuil mourut en 1895.

Just Lucas Championnière, né en 1843 était le fils d'un des premiers journalistes médicaux et son père présida à l'éclosion et au destin du *Journal de médecine et de chirurgie pratique* fondé en 1835, il mourut un an avant la guerre. J.-L. Championnière eut une carrière médicale heureuse et rapide. Interne des hôpitaux à 22 ans en 1865, il avait d'emblée et d'enthousiasme adopté les idées pastoriennes, et il a raconté lui-même quelle singulière hardiesse il fallait alors pour se proclamer un disciple de

Pasteur. L. Championnière avait pour la *Gazette hebdomadaire* analysé l'article de Lister paru dans la *Lancet* en 1867 et intitulé « On the antiseptic principe in the practice of the surgery ». Enthousiasmé par cette lecture il se rendit à Glascow en 1868 dans le service de Lister, et pèlerin passionné revint convaincu de la vérité du dogme enseigné à Glascow en janvier 1869. De retour à Paris il écrivait dans le Journal de Médecine et de Chirurgie pratique : *Cette chirurgie tient du merveilleux, l'antiseptique choisi est l'acide phénique, on pourrait en employer un autre, mais cette méthode serait la même et c'est là ce qui appartient à M. Lister.*

Cinq années s'écoulèrent toutefois avant que J. L. Championnière fût à même d'appliquer la technique nouvelle. Après avoir passé sa thèse en 1870, sur la lymphangite de l'utérus et décrit le ganglion qui porte son nom ; il fit partie de la cinquième Ambulance internationale dirigée par Trélat où il n'eut pas l'autorisation d'employer l'acide phénique. Chirurgien des Hôpitaux en 1874 il put enfin utiliser les données qu'il avait apprises chez Lister. En novembre 1874, il remplace Panas à Lariboisière, c'était au dire de ses contemporains le service le plus sale et le plus encombré de Paris. Le lendemain de son arrivée il pratiqua trois interventions, une désarticulation de l'épaule, une kélotomie, et une trépanation pour fracture de la voûte avec enfoncement. Ses trois opérés guérirent, ce qui était très anormal dans le service de Panas. Il avait pu préparer ses aides, ses mains, ses instruments, la peau du sujet, et remédier enfin par des pansements quotidiens à l'insuffisance du matériel. Cette même année, après un deuxième voyage à Edimbourg chez Lister alors professeur de clinique, chargé du service de l'hôpital temporaire aujourd'hui hôpital Laen-

nec, il put appliquer la technique nouvelle dans son intégralité. Ce fut surtout de la Société de Chirurgie, qu'il mena une campagne ardente pour propager ce qu'il considérait comme la vérité.

Il faut relire les Bulletins publiés chaque semaine par les soins du secrétaire général pour se faire une idée exacte du caractère d'âpreté qu'eurent parfois les discussions entre 1875 et 1880. Championnière avait heureusement à sa disposition un journal très lu des praticiens. Il fit rapidement des adeptes, et si à la Société de Chirurgie même il comptait des adversaires irréductibles, il ralliait chaque jour des partisans plus nombreux, Guyon et Verneuil avaient été les seuls à l'encourager au début de ses luttes ; bientôt Terrier, Nicaise et Perrier qui avaient créé une véritable association, l'équipe antiseptique, propagèrent la doctrine nouvelle. En 1881 seulement L. Championnière fut titulaire d'un service hospitalier mais de 1874 à 1880 il assura plusieurs suppléances, enseignant sa méthode là où il passait. Chargé de la Maternité de l'Hôpital Cochin, il y introduisit l'antisepsie obstétricale.

Avant l'accouchement, propreté absolue ; après celui-ci, lavage unique, suppression des injections ultérieures. La mortalité élevée avant son arrivée, tomba tout de suite à moins de un pour cent (1).

Pour lutter contre les habitudes anciennes il avait dû faire preuve d'une rare énergie et des obstacles administratifs imprévus avaient surgi devant lui. Le directeur de la Maternité n'avait-il pas émis l'étrange prétention de lui

(1) En 1864, sur 1530 accouchements on avait compté 310 morts, — à la Maternité ; celle-ci fut fermée en 1865. Tarnier, en 1867, isole les malades infectées ; et obtient des résultats un peu meilleurs. Budin emploie l'acide phénique, en 1878.

interdire d'apporter le savon, les cures-ongles et les brosses destinées aux élèves, et cet administrateur traditionnaliste n'avait cédé qu'avec peine à ce révolté qui voulait qu'on se lavât les mains.

En 1876 était parue la première édition française de la *Chirurgie antiseptique*, ce livre traduit en anglais eut un grand succès et répandit un peu partout Lister.

Il faut bien convenir cependant, que la technique telle qu'elle était préconisée par ces deux hommes était basée sur une erreur initiale. La transmission des germes par l'air apparaissait comme la seule source d'infection et Lister au début de son enseignement admettait que tout abcès non ouvert, non exposé à l'air ne contenait pas de microbes. C'était ce dernier qui était nocif et cause des accidents ultérieurs et les règles de la technique initiale du chirurgien de Glasgow dérivaient de cette conception première.

Le spray phéniqué qui devait détruire les germes en suspension dans l'atmosphère, le lavage terminal des téguments avec un antiseptique fort, le pansement assez compliqué recouvert d'un imperméable devaient empêcher les germes en suspension dans les salles hospitalière d'arriver jusqu'à la plaie. Il n'en est pas moins vrai qu'en prenant ces précautions rituelles contre le danger, certes exagéré de la contamination par l'air, le chirurgien en se lavant les mains, en employant un matériel propre, en draînant, empêchait l'infection directe singulièrement plus nocive que ses aides ou lui pouvaient apporter, et combien plus juste nous apparaît ce qu'écrivait le plus grand chirurgien qui eût honoré l'Angleterre : *S'il y a un trouble dans la réparation de la plaie, cherchez la faute que vous avez commise, n'attribuez l'insuccès à rien qui soit indépendant de vous.*

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, L. Championnière fit preuve d'une grande activité scientifique. Ses travaux sur les hernies, les trépanations, la chirurgie ostéo-articulaire firent longtemps autorité.

Il ne fut pas professeur et échoua à l'agrégation, ce qui est pénible surtout pour ses juges ; mais il fonda l'Association médicale d'enseignement des Hôpitaux de Paris, qui connut des heures de prospérité. Il ressentit de cet échec quelque amertume, et Lejars reconnaît que sans galanterie il dévoila parfois les quelques rides qu'une vénérable personne universitaire porte naturellement à son front. En revanche L. Championnière avait été président de l'Association Française de Chirurgie, membre de l'Académie de Médecine et de l'Institut. C'est au cours d'une séance de l'Académie des Sciences qu'il mourut en octobre 1915. Il avait lu un mémoire sur la trépanation préhistorique d'une voix forte ; à la fin de la lecture, il s'affaissa. Guyon le reçut dans ses bras, et ce fut, dit Lejars, un instant de tragique angoisse, lorsque l'on vit se pencher sur la figure pâle du disciple, la tête vénérée du maître, à qui la vie somptueuse et cruelle ne devait refuser aucune gloire ni épargner aucune douleur.

A la suite de Lucas Championnière, la plupart des jeunes chirurgiens comprirent vite la formidable évolution qu'allait entraîner les découvertes de Pasteur et suivirent les rites du culte listérien sans se soucier des sarcasmes de Després et des hésitatons que marquaient quelques-uns de leurs maîtres. Parmi ceux-ci Charles Richet, né en 1816, professeur de clinique dans la chaire de Malgaigne en 1865, ne s'était rallié que difficilement aux idées nouvelles.

Il avait écrit en 1855 un *Traité d'anatomie chirurgicale* qui, partant d'une idée nouvelle et donnant aux déduc-

tions opératoires une part importante, obtint un succès immédiat et eut six éditions.

Richet avait inventé une ingénieuse pince écrasante aux mors puissants ; celle-ci, chauffée au rouge sombre, permettait suivant une audacieuse image, la volatilisation des hémmoroïdes ; après son application, elles disparaissaient en un nuage de fumée sans esprit de retour.

Elu à l'Académie des Sciences à la mort de Sédillot, il eut avant sa mort en 1890 la joie de voir siéger dans les conseils de la faculté son fils Charles Richet, professeur de physiologie. Il en concevait du reste, dit Charles Monod, une fierté légitime, dont il ne cherchait pas à retenir l'expression.

Anathase Gosselin, son contemporain, également professeur de clinique, était né un an avant lui et le précéda de trois ans dans la tombe. Au début de son enseignement il avait entrepris avec Denonvilliers à la mort de Bérard, de refondre le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, mais il avait du reculer devant l'amplitude de la tâche et s'adjoindre comme collaborateurs Le Fort, Tillaux, Richet et Verneuil. Gosselin fut un opérateur heureux qui avait laissé sur ses élèves comme Berger et Picqué une empreinte précise ; mais lui aussi ne témoigna qu'un enthousiasme relatif pour l'enseignement de Lister, et en 1879 il insistait dans ses cliniques sur la nécessité de mélanger les antiseptiques pour additionner leurs vertus...

Tillaux et Léon Labbé appartenaient à la génération suivante, et étaient normands tous deux. Tillaux était né à Aunay-sous-Audon, en 1834 et mourut en 1904. Léon Labbé naquit au Merlerault en 1832, et vécut jusqu'à quatre-vingt-trois ans après avoir au cours de sa longue existence assisté aux révolutions profondes qu'allait en-

traîner la découverte de l'anesthésie générale et de l'antisepsie.

Le premier de ces deux hommes, eut une influence considérable, et nombreux furent les étudiants qui à Clamart, puis à la Charité suivirent l'enseignement du maître à l'aspect majestueux, à la large face entourée de favoris blancs, à la tête puissante couronnée de longs cheveux rejetés en arrière et qu'on ne pouvait s'imaginer autrement que dans une chaire professorale. A la fin de sa vie, il opérait peu, l'enseignement élémentaire que reflète son *Traité d'anatomie chirurgicale* paru en 1877 apprit à toute une génération d'élèves les principes d'une clinique simple et précise ; mais on ne doit pas oublier qu'il fut au début de sa carrière un opérateur audacieux. Une des joies de sa vie, fut d'avoir, après intervention par la voie abdominale, guéri un fibrôme à l'hôpital Beaujon en 1878, époque ou les hystérectomies suivies de succès étaient fréquentes à Strasbourg, mais bien rares à Paris.

Léon Labbé, son compatriote d'allure plus lourde, mais d'un bon sens égal, avait compris vite la réalité des bienfaits qu'entraînait avec elle la méthode antiseptique.

Une technique réglée et longuement étudiée lui permit de pratiquer l'ablation d'un corps étranger gastrique. L'heureuse guérison de l'homme à la fourchette lui attira un succès de clientèle comparable à celui qu'avait obtenu Nélaton après l'ingénieuse découverte de la balle de Garibaldi. Son activité dans les dernières années de sa vie s'était orientée vers la politique, et son influence fut à diverses reprises très heureuse au Luxembourg pour la profession médicale.

Ces deux hommes malgré tout ne s'étaient pliés qu'avec peine aux gestes qui apparaissaient comme assez compliqués de la méthode antiseptique et il faut arriver à Guyon

qui allait donner un lustre si éclatant à l'urologie française, à Terrier qui devait plus tard édicter les règles restées immuables de l'asepsie, à Ch. Nélaton, Monod, Reclus, Le Dentu, Duplay pour que la méthode de Lister fut considérée comme devant être la loi.

Simon Duplay, né en 1836, était fils de Mathieu Duplay, médecin de Lariboisière, et petit-fils de Simon Duplay, secrétaire de Maximilien Robespierre, qui perdit une jambe à Valmy, écrit Lenormant, avec les tailleurs et les cordonniers qui crièrent si fort « Vive la Nation » que les vieux grenadiers de Frédéric s'arrêtèrent décontenancés et reculèrent.

Agrégé en 1866, il était né à la chirurgie à l'ère pré-antiseptique, mais dès 1876 il affirme dans son enseignement la nécessité de s'engager dans des routes nouvelles.

Il eut une puissance de travail considérable et en huit années il acheva sans collaborateur, la publication du *Traité de Follin et Duplay* resté longtemps classique. Il finit sa carrière comme professeur de Clinique chirurgicale à la Charité ; après avoir donné sa démission, ainsi que son maître Verneuil, avant d'avoir atteint la limite d'âge, il mourut en 1924 dans sa quatre-vingt-huitième année.

Charles Monod, fils de Gustave Monod, né en 1843, arriva à l'agrégation en 1875 dans le même concours que Berger et Pozzi et fut nommé chirurgien des hôpitaux en 1877, sans être passé par l'adjuvat ou le prosectorat.

Elève de Ranvier, il s'initia à l'histologie et ses premiers travaux furent consacrés à l'anatomie pathologique ; étude des tumeurs à myeloplaxes, des lésions non carcinomateuses du sein. Il publia un *Traité de technique opératoire* en collaboration avec Vanverts. Monod mourut en 1921, après avoir dans son service de l'hôpital Saint-Antoine

guidé de nombreuses générations dans le chemin tout droit du devoir.

Peyrot, né à Périgueux la même année que Monod, interne en 1867 après avoir passé une thèse qu'il y a encore intérêt à lire, sur l'étude de la pleurotomie, travail où il montre que c'était là un terme qu'il fallait substituer au mot d'empyème, va apporter aux blessés russes l'aide de la technique chirurgicale française et assiste au siège de Plewna, tandis que Maunoury et Bazy assuraient le service des ambulances turques. Titulaire d'un service en 1880, la presque totalité de sa carrière se passa à Lariboisière. Il est l'auteur d'un des volumes du *Traité dit des quatre Agrégés*. Il fut président de la Société de chirurgie. Sa tombe, dit Jean-Louis Faure, qui fit en son pays natal un pieux pélerinage, est simple comme lui et porte deux noms : celui de Jean Peyrot, son père maître charpentier, et celui de Jean-Joseph Peyrot, membre de l'Académie de médecine, sénateur de la Dordogne.

Contemporain de Peyrot et de Monod, Paul Berger était né à Beaucourt en 1845, dans un fragment de la terre d'Alsace que le traité de 1871 avait laissé à la France. Il n'eut pas la joie, qui chez lui aurait été immense, de voir les provinces perdues faire retour à la patrie. Chirurgien des Hôpitaux en 1877, il avait été nommé agrégé deux ans auparavant ; professeur en 1884, il mourut en opérant dans son service de la clinique chirurgicale de Necker en 1913.

Berger arrivait à l'hôpital à une heure moins hâtive qu'autrefois Dupuytren, mais cependant si matinale qu'elle plongerait aujourd'hui dans le désespoir nos jeunes collègues. Et cependant bien souvent, alors que nous avions la joie d'être son interne, une lointaine promenade nous avait amené de la Maison de santé de Neuilly où la Mar-

quise, ou la Comtesse, attendaient le maître très aimé de sa clientèle, qui fut considérable. Nulle réputation ne fut plus justifiée ; mais c'est à l'hôpital que Paul Berger se révélait tout entier. Après les interventions, la longue visite se déroulait, et auprès des pauvres, des créatures abandonnées du destin, cet homme infiniment bon, abandonnait la brusquerie apparente qui effrayait un peu ceux qui ne le connaissaient pas de longue date. Avec une minutieuse attention, il vérifiait les appareils à fractures, jamais satisfait de l'application exacte du Scultet, que son assitant n'avait pas enroulé suivant les rites immuables et la situation devenait pour ce dernier parfois singulièrement tragique quand il s'agissait d'une fracture du fémur, et qu'apparaissait l'ombre du père Hennequin (1) qui derrière le patron vérifiait encore le juste équilibre des poids et la tension exacte de la corde de traction.

C'est au cours des interventions de chirurgie autoplastiques, que Berger vraiment était un maître. Ses travaux sur la blépharoplastie, la cheiloplastie, la rhinoplastie sont des plus importants.

Avec Ch. Nélaton, il était le seul à cette époque à pratiquer les interventions autoplastiques les plus compliquées. La perfection de ses résultats ne fut atteinte, le croyons-nous plus tard que par Morestin. Il excellait dans la cure radicale des hernies en reconstituant les parois à

(1) Hennequin (1835-1910). Ce chirurgien modeste, sans avoir eu de service hospitalier, fut certainement pendant de longues années, l'homme qui dans le traitement des fractures eut les meilleurs résultats à une époque où la radiographie ne permettait pas un contrôle précis de coaptation des fragments. Son appareil pour les fractures de cuisse rend encore de réels services quand on sait l'appliquer. Membre de la Société de Chirurgie en 1896, il mourut solitaire comme il avait vécu.

la soie. Il n'avait opéré qu'assez tardivement avec des gants, et cependant cet homme méticuleusement propre n'avait jamais de suppuration. Il aborda les interventions les plus audacieuses. Son mémoire sur la désarticulation interscapulo-thoracique est demeuré classique. Dans la pratique de la chirurgie abdominale, qu'il exécutait assez lentement avec un de ses internes admis tardivement à à l'honneur de l'aider, ou avec son fidèle disciple Rochard, ses résultats étaient comparables à ceux qu'il obtenait dans la pratique de la chirurgie des membres.

Je ne crois pas que Berger ait dans la vie fait une action contraire à ce qu'il considérait comme son devoir, nul ne fut plus que lui digne de la fière devise de la Société de Chirurgie.

Son camarade de conférence et son ami très cher, était Charles Nélaton, le fils du chirurgien de l'Empereur dont la renommée avait été mondiale pendant les années heureuses du second empire. Né en 1851, chirurgien des hôpitaux, agrégé en 1889, il refusa la chaire qu'on lui offrit à la fin de sa vie et mourut en 1911. Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis en 1895, il finit sa carrière à l'hôpital Boucicault où l'avait suivi les sœurs Augustines, qui avaient quitté Saint-Louis en 1905. Charles Nélaton n'a pas laissé de travaux de longue haleine, mais dans la période active de sa vie, il prit la parole dans la plupart des grandes discussions de la Société de Chirurgie. C'était, dit Rochard, un chirurgien de vieille souche, il n'acceptait une méthode, n'exécutait un procédé que s'ils avaient été consacrés par l'expérience. Il ne mettait pas toute la chirurgie dans la technique opératoire, mais donnait une très grande place à l'examen clinique du malade, et s'il ne fut pas capable d'un de ces coups d'ailes chirurgicaux qui brisent les toiles d'araignées de la routine, il mani-

festa surtout son activité dans la chirurgie des membres, et celle des articulations. Il excellait comme Berger dans la pratique des autoplasties. Né à l'abri du besoin, et porteur d'un grand nom il sut conserver intacte la gloire chirurgicale de son père, n'exerça son art que pour soulager l'humanité et n'employa sa fortune que pour adoucir la misère.

Paul Reclus, né à Orthez en 1847, et mort à Paris la veille de la guerre, était le fils d'un pasteur protestant. Il avait fait ses études dans le collège de Sainte-Foy-la-Grande, avec ses trois frères aînés. Sa famille voulait qu'il étudiât le droit. Il semble bien que ce fut son frère Elie, qui l'en détourna sans trop de difficulté en une lettre qu'a retrouvé Lejars et qui est ainsi conçue : « Tu vas étudier ton droit, lui écrit-il, vouer ta vie à l'étude et à la pratique du droit... mais sais-tu ce que c'est que le droit... Le droit, c'est la science des conventions légales, c'est ce qu'ont concerté les procureurs généraux, c'est ce qu'ont manipulé les gens du Conseil d'Etat, trituré les députés de la droite, mandé et ordonné les rois et les empereurs, et tu passerais ta vie dans un métier où la forme emporte le fond, dans un métier où le grimoire vit plus que la conscience. La médecine, en tant que science de l'homme est la plus belle, la plus vaste, la plus utile. Tu es fait pour vivre du cœur et de la pensée ; obéis à la loi intérieure qui est celle de la liberté. » La lettre du frère révolté est belle. Il semble bien qu'elle ait eu sur Paul Reclus une influence décisive.

Celui-ci ne fut sans doute pas un chirurgien d'une haute envergure, mais il était un professeur incomparable et ceux seuls qui ont suivi ses cliniques de la Charité ont pu comprendre l'ardeur mystique qu'il apportait à l'enseignement. L'hérédité du prêche revivait dans sa passion

d'enseigner, il parlait comme un croyant et professait avec l'ardeur d'un apôtre.

Il cherchait toujours à catéchiser, à convaincre et de là émanait son originalité, la force et la puissance de son enseignement. Il répandait lui aussi la parole sainte et son prosélitisme allait surtout aux humbles, aux néophytes, à ceux qui ne savent pas ou qui savent mal. Rien n'était attrayant comme une visite de Paul Reclus. A chaque lit d'entrant il s'arrêtait, appelait l'élève, le faisait causer, l'écoutant en silence et ne le quittant pas des yeux ; puis d'une voix douce il objectait, interrogeait et peu à peu il soulevait parmi les jeunes une controverse animée. Il était alors au comble de la joie, son regard étincelait derrière le lorgnon, un peu de rougeur colorait ses joues, il reprenait un à un tous les arguments, multipliait les exemples, les comparaisons, les souvenirs et une leçon vibrante, entraînante, d'une lucidité parfaite se déroulait, c'était la vieille clinique française, rajeunie par une langue admirable. Il fut le promoteur et le champion de la méthode de l'anesthésie locale qu'il employait avec une patience et une dextérité remarquables en montrant la nécessité d'utiliser des solutions étendues, et de la pratiquer couche par couche, étage par étage en imprégnant tous les tissus. Il avait repris l'idée des vastes ouvrages à collaborateurs multiples. Son *Manuel de pathologie externe*, a été le livre de chevet des étudiants pendant quinze ans. Son traité de chirurgie *Le Duplay et Reclus*, sa *Pratique médico-chirurgicale*, son *Traité de thérapeutique* publié avec Forgues de Montpellier, représentent un labeur considérable.

Samuel Pozzi, naquit à Bergerac en 1846 et mourut en 1918 assassiné par un aliéné. Fils d'un pasteur, comme ses contemporains Berger et Monod, il appartenait à

l'Eglise réformée. Sa carrière fut rapide. Agrégé en 1875, chirurgien des hôpitaux en 1877, il publiait en 1879 quatre observations d'ovariotomies suivies de succès. Il était certes loin d'avoir une statistique comparable à celle de Koeberlé, le précurseur génial. Il opérait dans un milieu parisien infecté et n'avait pu obtenir ces résultats que parce que sur les conseils de Lucas Championnière, il avait été en 1876, faire le voyage d'Edimbourg et suivi à la lettre la technique de Lister. En 1884, après une retraite de deux ans à Montpellier, loin des plaisirs de Paris et de la vie facile, il publia un *Traité de Gynécologie* qui fut pendant bien des années le maître livre et en tout cas le traité le plus complet paru depuis jusqu'alors.

Elu sénateur en 1898, il perdit la confiance des électeurs périgourdins qui tenaient cependant à être représentés par un chirurgien puisque son collègue Peyrot lui succéda... Il eut dans les années suivantes l'honneur plus grand d'être nommé Professeur de clinique gynécologique dans la chaire que venait de créer la ville de Paris à l'Hôpital Broca. S'il n'eut pas la maîtrise technique du magnifique opérateur qui lui succéda, il n'en fut pas moins un excellent professeur.

C'est dans son service que paraît avoir été employé pour la première fois en France (1888) le tamponnement à la gaze à la façon de Mickulicz dont on imprégnait alors du reste le sac et les mèches de poudre d'iodoforme.

Président de l'Association Française de Chirurgie en 1905, la guerre retarda son départ de sa chaire. En juin 1918, atteint de plusieurs balles de revolvers qui avaient provoqué une dizaine de perforations, il mourut pendant que de Martel l'opérait, après avoir donné à ses derniers moments un magnifique exemple d'énergie et

proclamé sa foi dans la puissance de la chirurgie bienfaisante, tandis que son ami de toujours Albert Robin et G. Clémenceau assistaient impuissants au dernier acte de ce drame rapide.

L'image de Paul Segond reste profondément gravée dans la mémoire de ceux qui l'ont approché. Né en 1851, d'une famille qui comptait déjà plusieurs médecins, son père fut agrégé d'anatomie de la Faculté, et son grand-père chirurgien des armées impériales. Segond mourut en 1912 après une existence d'une débordante activité. Il fut probablement le chirurgien le plus occupé de Paris, et ses internes savent seuls à quelles heures invraisemblables arrivait parfois à l'hôpital le patron très aimé qui avait une réputation d'inexactitude qu'il méritait entièrement. Segond trouvait cependant les heures utiles pour accomplir les fonctions dont il s'était chargé ; ce fut une grande stupéfaction pour ceux qui l'entouraient de leur affection et surtout pour les autres, de voir avec quelle conscience il remplit ses fonctions professorales le jour où il fut nommé. Il avait reçu une profonde empreinte de Farabeuf et la précision de ses leçons s'apparentait à celle du vieux maître. Son nom restera attaché à une intervention qu'il n'avait pas imaginée mais qu'il avait fait sienne, l'hystérectomie vaginale, qu'il pratiquait avec une maîtrise incomparable.

Bouilly, né en 1848, son aîné de quelques années, très vite chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé se spécialisera de bonne heure dans la pratique de la chirurgie gynécologique. Arrivé à la vie chirurgicale au moment où l'antisepsie permit à la gynécologie de s'orienter dans des voies nouvelles il fut un opérateur heureux. L'étendue même de sa pratique ne lui permit pas la réalisation de travaux de longue haleine et c'est surtout dans

les discussions de la Société de Chirurgie qu'il résuma l'enseignement de son service hospitalier de Cochin. Atteint d'une terrible lésion contre laquelle la chirurgie fut impuissante il mourut en 1903.

Duret, né à Condé-sur-Noireau en 1849 et mort en 1921, après avoir été reçu au Bureau central, quitta Paris, pour devenir professeur à la Faculté de Lille. Ses travaux sur la chirurgie crânienne, ses études expérimentales et cliniques sur les traumatismes centraux comportent de nombreuses idées nouvelles. Il eut le mérite de montrer le premier que dans les fractures du crâne, le pronostic était lié non au traumatisme crânien mais aux lésions méningo-encéphaliques.

Le créateur de l'urologie moderne Félix Guyon naquit à la Réunion en 1830 et mourut en 1920. Fils d'un médecin de marine, interne des Hôpitaux de Nantes, puis interne des Hôpitaux de Paris à son premier concours en 1853, il fut l'élève de Roux, d'Aran et de Velpeau.

En 1860 agrégé, avec une thèse sur les tumeurs fibreuses de l'utérus où on retrouve le reflet de l'enseignement de Velpeau, car il y affirme en effet d'une façon formelle que l'intervention est contre indiquée. Dans ce travail rapportant l'observation heureuse du chirurgien américain Alee il déclara « Je n'ai pas rencontré d'autre cas favorable, c'est en réalité un de trop ». Chirurgien des Hôpitaux en 1852, à la mort de Civiale, en 1867, il reprend le service de Necker, le seul hôpital où l'on fit alors des lithotrities avec succès. Il modifia cette intervention, la perfectionna et la fit sienne.

La lithotritie, telle que la pratiquait Civiale était une intervention méthodique et réglée, mais l'instrumentation qui permettait de la réaliser était insuffisante. Les mors plats de l'instrument de Civiale, les mors coudés

d'Horteloup ne permettaient qu'une prise médiocre du calcul et il était nécessaire pour obtenir un résultat définitif d'opérer en plusieurs fois ; c'est entre la deuxième et la troisième séance opératoire qu'était mort Napoléon III à Chilhurst.

Collin construisit sur les indications de Guyon l'instrument que tant de générations d'élèves lui ont vu employer et dont les mors fenestrés permettaient de saisir le calcul complètement écrasé par l'action de l'écrou brisé qu'avait réalisé l'habileté technique de Charrière. En 1890 son service fut transformé en Clinique des voies urinaires et pendant quinze années ce fut la belle, la grande période de ce centre merveilleux de Necker dont la renommée avait franchi les mers lointaines. Ceux à qui leur âge donne le privilège peu enviable d'avoir approché Guyon au temps de la splendeur de son service, ont gardé de lui un souvenir inoubliable. Nous le vîmes au déclin de sa vie professorale, à une époque où cependant il avait gardé toute sa maîtrise opératoire et son image comme celle de Péan est restée profondément gravée dans notre souvenir.

Il faudrait passer en revue toute la pathologie urinaire, si l'on voulait énumérer les travaux de Guyon. En 1906, il quitta son service de Necker en laissant la chaire à son élève Albarran, qui dans sa courte et lumineuse carrière, devait dans le domaine de la physiologie pathologique du fonctionnement rénal, par ses travaux cliniques, ses recherches de laboratoire, donner à cette dernière un nouvel éclat.

Albarran, né en 1860, mourut à 52 ans après avoir occupé la chaire de Necker pendant cinq années et donné à la chirurgie des voies urinaires une orientation nouvelle. Il fut le continuateur de l'œuvre de Guyon et

ces deux noms ne sauraient être dissociés dans l'histoire de la chirurgie urinaire.

Nicaise né en 1838, s'était lié avec Terrier et Perrier et ces trois hommes comme Lucas Championnière et Pozzi firent le voyage d'Angleterre et revinrent du service de Lister et de celui de Spencer Wels convaincus eux aussi. Ils décidèrent d'opérer ensemble. Championnière qui avait déjà fait des ovariotomies avec Simon Duplay se joignit à eux. Ils obtinrent des succès immédiats et on venait des services voisins pour voir opérer l'équipe.

Cette dernière se dissocia du reste assez vite. Berger remplaça Nicaise malade. Celui-ci à l'exemple de Malgaigne se consacra alors à l'étude de l'histoire de la Chirurgie et publia deux mémoires sur les œuvres de Pierre Franco et la *Grande Chirurgie* de Guy de Chauliac. Il traduisit le livre de Henri de Mondeville ; homme étonnant qui méprisait de façon profonde les opérateurs ambulants et autres charlatans parmi lesquels se trouvaient disait-il : *Nombre d'étrangers, les uns meurtriers, les autres voleurs de grand chemin, quelques uns faux monnayeurs, d'autres vagabonds et alchimistes.*

Il ne semble malheureusement pas que les choses aient beaucoup changé depuis le chirurgien de Pilippe-le-Bel...

A la mort de Guersant, il n'y avait plus eu de chirurgien spécialisé dans la chirurgie infantile. En 1876 Marc Odilon Lannelongue, né en 1848 au pays d'Armagnac et qui était venu à Paris tenter une fortune qui lui fut rapidement favorable, devenait chef de service à l'Hôpital Sainte-Eugénie. Interne à 22 ans, dans une promotion dont le premier était Bouchard et qui comprenait Terrier et le Dentu, il eut comme collègue à Bicêtre un interne provisoire qui s'appelait Clémenceau, le vendéen au cœur

ardent, qui devait un jour incarner l'âme de la Patrie et connaître tour à tour l'enthousiasme des foules en délire et les excès de leur ingratitude (1).

Si Lannelongue sénateur à la fin de sa vie, fit à ce moment une courte incursion dans la politique et soutint en 1863, la candidature républicaine du citoyen Eugène Pelletan contre le candidat de l'Empire, il est probable que c'est à l'influence de son collègue que celà est dû. Tandis que Clémenceau après un séjour de deux mois à la prison de Sainte-Pélagie (2) allait avoir une toute autre destinée, Lannelongue suivit l'âpre route des concours, où il réussit du reste rapidement puisque en 1879, à 29 ans il était agrégé et chirurgien des Hôpitaux. A l'Hôpital des Enfants Malades, il sut s'adjoindre des collaborateurs Achard, Comby, Ménard et Gaillard, avec lesquels il fit sortir du chaos l'étude des lésions osseuses aiguës ou chroniques de l'enfance.

C'est dans son service, dans le pus prélevé sur un enfant qu'il venait d'opérer, que Pasteur découvrit le staphylocoque doré. En 1885 il publiait avec Ménard un *Traité de la coxo-tuberculose*, en 1886, un *Mémoire sur les kystes congénitaux du cou.*

En 1882 appelé au chevet de Gambetta, atteint d'appendicite suppurée, en même temps que Charcot, Liouville et Siredey, il conseilla une intervention et fut le seul de cet avis. Professeur de clinique de chirurgie infan-

(1) J. L. Faure, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1922, p. 83.

(2) Clemenceau passa sa thèse, le 13 mai 1865, sur la Génération des éléments anatomiques. Il exposait la théorie des blastèmes et défendait les idées de son maître Robin. Dans sa préface il déclarait : Ces opinions n'engagent que moi, je ne les ai pas parce que j'ai fait ce travail ; j'ai fait ce travail parce que je les avais.

tile, il abandonna sa chaire dans les dernières années de sa vie et mourut en 1911, quelques années après celle qui, après avoir été Madame de Rémusat, sut être l'associée fidèle des jours gris et des jours clairs du maître de Trousseau et des Enfants Malades.

Ce fut aussi un chirurgien d'enfants que J.-M. Felizet qui, né en 1844 et mort en 1908, fut chef de service à l'Hôpital Bretonneau. Avant de se spécialiser il avait pratiqué la chirurgie générale et publié un mémoire sur les fractures du crâne resté classique. C'était une figure bien curieuse, que celle de cet homme qui dans la vie ne connut jamais les voies obliques et parlait avec une rude franchise qui ne lui attirait pas que des amitiés. Il ne s'était rallié que tard aux doctrines de l'asepsie pure et dans son service une forte odeur d'iodoforme impressionnait péniblement les assistants dès leur arrivée, l'acide phénique y était employé largement.

Félizet admettait mal les objections timides de ses élèves, apôtres de la foi nouvelle, née dans le service de l'hôpital voisin sous la rude tutelle de Terrier.

Le médecin au grand cœur, compatissant aux souffrances humaines, aux misères injustes des enfants, qui du ruisseau de la rue Lepic, avaient échoué dans son service de l'Hôpital Bretonneau, garda toujours l'allure un peu brusque du soldat brave entre tous qu'il avait été aux heures du siège de Metz, et qui écrivait dans un beau livre sur l'Escrime dédié à son fils qui devait plus tard mourir pour la France aux champs de Picardie : *Il y a deux choses pour lesquelles je veux que tu sois violent, intrépide, féroce, impitoyable, deux choses saintes qu'un honnête homme doit aimer plus que sa vie et qui s'appellent son honneur et son pays.*

Il avait été suppléé quelque temps à Bretonneau par

Villemin, chirurgien d'enfants également, dont la figure un peu effacée, sans doute parce qu'il avait été touché de façon précoce par la maladie, à laquelle il devait succomber, mais fut un homme de valeur réelle. Après n'avoir été que peu de temps chef de service à l'Hôpital Hérold en 1904, Villemin, fils du médecin militaire de Strasbourg, qui dans un éclair de génie avait découvert la contagiosité et l'inoculabilité de la tuberculose, cantonna son activité aux études de laboratoire et mourut sans avoir pu donner ce que promettait sa haute intelligence.

Kirmisson, qui consacra également sa vie à la chirurgie infantile, n'avait pas un abord beaucoup plus agréable que celui de notre maître Félizet, mais tandis que chez ce dernier, l'orage s'apaisait vite, les nuages restaient longtemps accumulés au voisinage du chirurgien des enfants malades, qui en dehors de cela, s'il ne fut peut-être pas un grand chirurgien fut un maître excellent. Après avoir présenté une thèse d'agrégation en 1883, sur les *Modifications modernes de la lithotritie*, il s'orienta dans une toute autre voie. Il publia un *Traité des maladies chirurgicales de l'appareil locomoteur* et un *Précis de chirurgie infantile* en 1906. Né en 1848, il mourut en 1921 après avoir été professeur de clinique chirurgicale et présidé le Congrès français de Chirurgie.

Aimé Guinard appartient à cette génération qui ne connut pas la sombre période qui précéda les découvertes de Pasteur et fut l'interne de Verneuil qui s'était, dans les dix dernières années de sa vie, rallié à la doctrine antiseptique. Né à Saint-Etienne en 1856, il mourut trois ans avant la guerre, assassiné par un aliéné dans la cour de l'Hôtel-Dieu, le vieil hôpital où il avait rêvé d'être chef de service au temps de sa jeunesse. Il a écrit dans le

Traité de Le Dentu Delbet, des pages où il n'y a rien à changer sur le diagnostic et le traitement des plaies de l'abdomen et à la Société de Chirurgie présenté des travaux intéressants sur les contusions de l'abdomen, la pylorectomie, les ligatures des gros troncs artériels. Cet homme dont la bonté agissante était le principal caractère mourut avec un courage stoïque dans son service de l'Hôtel-Dieu au milieu de ses élèves.

Lucien Picqué, né en 1852, venu à la vie chirurgicale au moment des premiers travaux de Lucas Championnière, comprit vite la supériorité de la doctrine de l'asepsie pure. Après le départ de Terrier, il reprit le service de Bichat ; les règles de l'asepsie continuèrent à y régner suivant une stricte discipline. Picqué était arrivé aux Hôpitaux, sans passer par l'internat, ni la filière habituelle des concours, comme son fidèle ami Rochard, médecin de marine, avant d'arriver au bureau central, et dont le père était Inspecteur général de la Marine et membre de l'Académie. Après un labeur acharné, Picqué fut nommé chirurgien des Hôpitaux, mais cet enseigneur né, ne parvint pas à l'agrégation et en conçut une réelle amertume. Il ne maugréa jamais contre la fortune des concours. A l'hôpital Bichat, où tout comme son maître Berger, il faisait arriver les élèves à l'heure matinale où les laitiers descendaient l'avenue de Saint-Ouen, une clinique au lit du malade qui précédait et suivait parfois l'acte opératoire se déroulait chaque jour où le patron donnait un peu du meilleur de lui-même. Ses leçons de Bichat furent très suivies ; quelques-uns de ses élèves occupent aujourd'hui des chaires de la Faculté, d'autres ont disparu qui furent des hommes de grande valeur, comme son neveu Robert Picqué, un des créateurs de l'aviation sanitaire, professeur d'anatomie à Bordeaux,

après avoir été agrégé au Val-de-Grâce. Lucien Picqué s'était dans les dernières années de sa vie passionné pour la chirurgie des aliénés. Il avait obtenu du conseil général de la Seine la réalisation d'un service qui fut longtemps la plus belle organisation opératoire de Paris, et en était fier. Ses études sur la chirurgie et la psychiâtrie, les psychoses post opératoires, sur le traumatisme et la folie comportent de très belles pages où il avait repris à son compte les doctrines de Lasègue mais qu'il contrôlait par les résultats des examens anatomo-pathologiques. En 1914, Lucien Picqué avait repris du service et fit la guerre en Orient où son courage aux rochers des Dardanelles força l'admiration des combattants.

Sans avoir la joie d'assister à la fin victorieuse de la guerre, après les dures fatigues qu'il avait éprouvées, il chercha une consolation suprême dans la foi qui avait été celle de ses ancêtres, il entra comme novice dans l'ordre des Lazaristes et mourut à Rome en 1917.

Auguste Broca, fils de Paul Broca, était né en 1859 et mourut en 1924. Avant de se spécialiser dans la thérapeutique chirurgicale infantile il avait pendant cinq années, rude école, été l'assistant de Terrier à l'Hôpital Bichat de 1890 à 1895 et avait appris les strictes disciplines aseptiques qu'il appliqua à l'Hôpital Trousseau, puis aux Enfants Malades dans les dernières années de sa vie, en prenant possession de la chaire opératoire qu'avait abandonnée Kirmisson. Il s'intéressa surtout à la chirurgie orthopédique. Broca a beaucoup écrit, son œuvre maîtresse, restera sans doute son *Traité de Chirurgie infantile* ; travail illustré de figures nombreuses et qui comporte douze cents pages.

Polémiste ardent, quand il était persuadé de la valeur des arguments qu'il présentait, il les défendait avec éner-

gie. Broca ne put jamais admettre les doctrines de son ami Poncet, qui sous le nom de tuberculose inflammatoire décrivait une série de syndrômes cliniques qui lui paraissaient très vagues. Dans son *Traité de la Tuberculose*, en parlant des travaux du chirurgien lyonnais, après avoir déclaré que dans le rhumatisme tuberculeux s'assemblait un tout artificiel de pièces disparates, il avait pris pour épigraphe de la première lettre qu'il adressait au plus parisien des lyonnais cette phrase acerbe : « Quelque diversité d'herbes qu'il y ait, tout s'enveloppe sous le nom de salade. » Auguste Broca épris des réalités objectives exprimait sa pensée, en un style lapidaire que n'aurait pas désavoué Montaigne ; mais il faut bien reconnaître que les critiques adressées aux travaux de Poncet étaient loin d'être toujours justes.

Adolphe Jalaguier, contemporain de Broca, il naquit en 1853 et mourut la même année que lui, fut aussi un chirurgien d'enfants et un des premiers adeptes de la chirurgie aseptique.

Si l'on en croit Péan, alors qu'il était interne de quatrième année en 1878, chez Richet, avec Quénu et Nélaton, après avoir constaté les bienfaits du pansement ouaté d'Alphonse Guérin qui était appliqué dans le service voisin, il l'utilisait aussi sur les rares opérés de Richet, mais il fallait user de ruse et le pansement propre était caché sous un pansement sale.

Il semble bien que Jalaguier fut un des premiers en France à se servir de gants, il est vrai toutefois qu'il réservait leur usage aux seuls pansements septiques. Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades pendant 22 ans Jalaguier était passé maître dans les interventions de prothèse maxillo faciale ; son procédé opératoire dans le traitement du bec de lièvre est resté classique. Il eut le mérite

de montrer que l'enthousiasme qu'avaient montré les chirurgiens allemands pour les transplantations musculaires était exagéré et que les résultats opératoires n'étaient pas toujours en raison directe des risques auxquels avaient été exposé le malade. Il a attaché son nom à une excellente technique de l'appendicectomie, et l'incision de Jalaguier est certainement la moins mutilante et permet un accès suffisant de la région cœco-appendiculaire.

Il est facile avec le recul des années, de critiquer sa doctrine de l'intervention à froid et de l'abstention immédiate dans le traitement de l'appendicite, mais il convient de se souvenir que lorsque vers 1890, une crise de péri-typhlite se déclarait, le malade était largement purgé et soumis à une entéroclyse énergique. La thérapeutique restait la même que quelques années auparavant où Gambetta présentant un abcès retro-cœcal d'origine appendiculaire, fut copieusement purgé, suivant une technique que n'aurait pu qu'approuver Fagon et subit localement l'application d'un large vésicatoire qui ne fut laissé que trois heures en place... (1)

Le Dentu né en 1841, à La Guadeloupe, interne en 1862 dans la même promotion que Terrier et Lannelongue, agrégé en 1869, chirurgien des Hôpitaux au lendemain de la guerre de 1870, s'orienta d'abord vers la chirurgie des voies urinaires et publia avec Voillemier, en 1881 un *Traité d'urologie*, mais revint rapidement à la chirurgie générale. Professeur de clinique à 49 ans ; dans son service de l'hôpital Necker, il forma de nombreux élèves qui gardèrent le culte de leur maître, dans la période qui

---

(1) Blessure et maladie, de GAMBETTA ; Observation clinique, LANNELONGUE ; Autopsie, CORNIL. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (19 janvier 1883).

s'étend de 1890 à 1903 ; parmi ceux-ci Chevalier, Lyot et Morestin l'avaient précédé dans la tombe. En collaboration avec Delbet il assura la direction d'un *Traité de chirurgie clinique et opératoire* qui reste encore classique. Le Dentu, avait un aspect un peu indolent qu'à tort on cherchait à expliquer en évoquant le souvenir de l'île parfumée que le soleil caresse où il avait vu le jour ; en réalité pendant de longues années il subit sans se plaindre de longues souffrances. Il avait, trente ans avant sa mort, été opéré d'une pleurésie purulente, et succomba après une intervention chirurgicale qui chez lui fut la douzième, après avoir fait preuve d'un courage héroïque et montré une énergie qui était celle de ses lointains ancêtres normands.

Richelot, agrégé en 1878, et chirurgien des Hôpitaux en 1880 était de la génération de Le Dentu. Né en 1844, il mourut en 1924. Aux premières heures de la chirurgie antiseptique, il contribua au développement de la gynécologie opératoire, dès 1894 il présentait un mémoire important où il relatait 274 observations personnelles d'ovariotomies.

Il n'avait jamais admis la doctrine aseptique dans ses rites les plus rigoureux, il considérait que l'on pouvait très bien se passer d'un autoclave sous condition d'être propre et de faire bouillir ses instruments [1].

Schwartz, plus jeune de quelques années, né en Alsace en 1852, arriva au bureau central en 1881. Chirurgien

---

[1] Au vingt-cinquième Congrès français de chirurgie qu'il présidait, en 1909, Richelot défendant la chirurgie simple, affirmait l'inutilité de l'emploi d'un autoclave, qu'on pouvait remplacer par une simple lessiveuse, sous condition d'y faire bouillir avec soin compresses et instruments... et de ne pas employer le phénol absolu et l'eau de Panama, chers à L. Championnière.

méthodique, clinicien averti ; il a formé des élèves nombreux qui ont gardé le culte de l'homme à l'allure un peu lente, mais aux yeux bleus pleins de bonté, des hommes de sa race. Il eut avant sa mort la joie de voir son pays faire retour à la patrie de son cœur.

E. Quénu était né la même année que Schwartz et mourut en 1933. Il fut un des disciples de Terrier qui appliqua rapidement dans toute leur rigueur les principes du maître. Son esprit de justice, sa rude franchise étonnaient un peu ceux qui n'étaient pas ses élèves directs et qui venaient chercher la vérité, dans le service de Cochin où il termina sa carrière hospitalière.

Chirurgien anatomiste, il dirigea pendant de longues années l'amphithéâtre de Clamart.

Il eut, pendant la guerre, une action bienfaisante en montrant combien l'enseignement de la chirurgie aux armées devait être modifié.

Les travaux sur le shok traumatique, où il mit en évidence le fait que ce dernier était dû le plus souvent à une intoxication massive par les albumines nées au niveau des tissus désorganisés par la plaie de guerre, contribuèrent à donner au traitement de cette dernière une orientation nouvelle.

Félix Lejars naquit à Unverre petit village du Perche et mourut à Paris en 1932. Sa carrière fut extraordinairement rapide. Interne à 20 ans, dans une promotion où Montprofit d'Angers était deuxième, à 29 ans il était chirurgien des hôpitaux et agrégé. C'est là un argument précis à opposer à ceux qui tentent de ravaler la valeur des concours, que de voir ce paysan du pays percheron qu'était Lejars, sans relation médicale, par sa seule valeur et la puissance de son travail, accéder sans efforts apparents à des titres que les meilleurs d'entre nous mettent

de longues années à acquérir. Assistant de Théophile Anger à Beaujon, le jeune chirurgien taciturne instaura un enseignement clinique qui obtint un succès considérable. Ses conférences étaient le prologue d'un livre admirable *La chirurgie d'urgence* qui a instruit plusieurs générations, fut traduit en allemand, en espagnol, en italien, en hongrois, en japonais et diffusa au delà des mers lointaines la pensée française.

Professeur de clinique chirurgicale à Saint-Antoine, où entre la Bastille et la barrière de Vincennes, bat le cœur du vieux Paris, il fut un maître admirable.

L'hôpital a sur nous tous une empreinte profonde et c'est auprès des pauvres, des créatures abandonnées au destin qu'un chirurgien digne de ce nom se révèle tout entier, Lejars fut infiniment bon et n'est-ce pas un enseignement admirable que celui qu'il donnait à ses élèves au début d'une de ses leçons en disant que tout opéré n'était qu'un pauvre homme comme lui...

Tuffier était né en 1857, aux confins du Perche et de la Normandie et cet homme issu d'une famille très modeste présentait une ressemblance physique étonnante à quelqu'un de ces grands seigneurs toscans, dont le génie de Vasari, au bord de l'Arno, a éclairé la cimaise du Vieux palais de Florence.

Arrivé jeune au bureau central et à l'agrégation il ne fut jamais professeur, pour des raisons qui n'eurent rien de commun avec sa valeur technique. C'était cependant un maître et un chirurgien de grande classe.

Son service de l'hôpital Beaujon pendant la période d'avant guerre, fut un centre d'enseignement où se rencontraient non seulement les chirurgiens de France, mais de nombreux médecins étrangers et il fut certainement pendant vingt ans avec Doyen, l'homme le plus connu

au delà des limites étroites de notre pays. En dehors de travaux nombreux, son nom restera attaché à l'étude de la rachi-anesthésie dont ses élèves et lui, vulgarisèrent la pratique. Dans le discours inaugural qu'il fit lors de sa présidence du Congrès de chirurgie, après avoir mis en évidence l'utilité d'une technique précise que peut donner la connaissance approfondie de l'anatomie, dans une page qui lui fut, à notre avis, reprochée à tort par ceux qui ne l'avaient pas ou l'avaient mal compris ; il précisa ce que l'on devait entendre par l'expérimentation sur l'homme à laquelle le médecin doit aboutir d'une façon inéluctable, s'il veut réaliser un progrès précis. Expérimentation sur l'homme, qui est nécessaire, légitime et féconde. Toute initiative chirurgicale, toute modification apportée à une technique classique quelques soient les principes biologiques qui l'autorisent, les tentatives favorables faites dans le laboratoire ou sur les animaux, le jour où on la réalise sur l'homme, constitue un acte expérimental. Son devoir inspire le chirurgien, quand il a épuisé tous les moyens thérapeutiques classiques et usuels de sortir des sentiers battus et s'il juge que l'intérêt du malade le demande, de tenter un opération nouvelle.

Tuffier était souvent sorti des routes grégaires, et cela lui fut reproché avec une âpreté injuste. Peut-être ce reproche était-il plus justifié quand il s'adressait à Doyen son contemporain, opérateur d'une virtuosité inégalée pendant quelques années ; mais dont les concepts biologiques avaient des déductions pratiques qui lui furent reprochées. Interne des hôpitaux de Paris en 1881, à une époque où l'application des règles antiseptiques allait permettre les audaces heureuses ; après avoir créé un centre chirurgical à Reims, il conçut, en quelques années,

un matériel opératoire d'une ingéniosité remarquable et qui est utilisé aujourd'hui sans modifications heureuses. Sans service hospitalier, sans titre officiel, il fut un des chirurgiens les plus actifs de Paris. Si les raisons qui l'éloignèrent des cercles académiques apparaissent comme justes, il n'en est pas moins vrai que son souvenir doit survivre comme celui d'un très grand chirurgien.

A la génération de Tuffier et de Doyen, se rattache Ricard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, il fut, il y a trente ans, un des hommes dont la technique en chirurgie gastro intestinale était la mieux réglée, tandis qu'il obtenait dans le vieux service qu'avait autrefois illustré Jobert, des résultats opératoires excellents.

A la génération suivante appartient Morestin, (1869-1919) qui, opérateur d'une habileté technique supérieure à la moyenne, dans les années qui précédèrent la guerre, se spécialisa dans la chirurgie réparatrice et autoplastique. Il faut aller faire un pieux pélerinage au musée du Val-de-Grâce, pour se rendre compte du labeur acharné que fut celui de cet homme pendant les années sanglantes, et des résultats incomparables que furent les siens. Nombreux sont les blessés de la guerre auxquels il a donné sinon la joie, du moins la possibilité de vivre d'une façon presque normale.

Delagenière, né en 1858 avait été interne en 1886, dans une promotion qui comptait Th. Jonnesco, le plus français des roumains, et Témoin, qui devait être un des promoteurs de la décentralisation chirurgicale. Il créa au Mans un centre hospitalier important. Cet homme à l'aspect modeste et taciturne, au cours d'une existence tout entière consacrée au travail, a décrit une série de procédés opératoires nouveaux. Il avait le premier en France conseillé l'emploi du plan incliné réalisé par Tre-

delenburg, mais dont l'idée initiale appartenait, semble-t-il, aux chirurgiens urinaires du XVIIe siècle. Pendant la guerre, il conçut de toute pièce, la technique des greffes ostéo-périostiques qui avec juste raison portent son nom. Président du Congrès de chirurgie en 1920 il fit un remarquable discours sur « l'heure opératoire », auquel il n'y a rien à changer.

Son contemporain Montprofit qui, à l'internat, reçu en tête de liste derrière Belin et devant Félix Lejars, orateur magnifique et possédant toutes les qualités requises pour arriver rapidement aux concours, retourna dans le pays angevin qu'il aimait tant. Sa réputation fut considérable et elle était justifiée. Comme Richelot, il était l'apôtre de la chirurgie simple, réalisée avec un nombre d'aides restreint. Il fut certainement l'homme qui, en France, pratiqua le plus d'intervention gastriques. Son livre sur la gastro enterostomie fut classique pendant quelques années. En 1914, aux heures d'angoisse, il servit à l'armée, communiquant à ses jeunes collègues l'enthousiasme de sa foi agissante. Montprofit avait été président du Congrès français de Chirurgie, et fait une courte incursion dans la politique dont il avait gardé un amer souvenir. Le chirurgien d'Angers fut un des rares médecins de France admis à l'honneur de défiler sous l'Arc de Triomphe en un matin glorieux et ce lui fut une suprême joie.

Antoine Fontan, médecin inspecteur de la marine né en 1849 et mort à Toulon en 1931, honora la chirurgie navale et forma de nombreux élèves. Il eut l'heureuse fortune d'opérer et de guérir pour la première fois en France une plaie du cœur. Il régla la technique de la voie d'abord cardio péricardique et le volet chondro costal, à la Fontan fut longtemps le seul employé.

Maunoury fut en province un des apôtres de Lister aux

toutes premières de la révolution antiseptique. Il avait comme son ami L. Championnière été faire le pélerinage d'Edimbourg et dès la fin de son internat en 1876 revint à Chartres son pays natal. Il eut le mérite de conseiller avec Béclère, l'association des radiations à l'exérèse chirurgicale dans le traitement du cancer. Président du Congrès français de chirurgie en 1918, il mourut en 1924.

Vautrin, né en 1859 à Gercourt en Lorraine, à quelques kilomètres de Verdun, entre le bois des Caures et la Côte 104 de sombre mémoire, où tant de sang devait couler aux jours sombres de 1916, succéda en 1914 au professeur Gross à la chaire de clinique de Nancy. Spécialisé dans la chirurgie gynécologique, il mourut en 1925 après avoir organisé un centre hospitalier qui constitue certainement une des meilleures organisations de notre pays.

Ollier (1830-1900), commença sa vie chirurgicale quelques années après la découverte de l'anesthésie générale. En pleine activité au moment de la généralisation des méthodes antiseptiques, il avait en s'appuyant sur les expériences de Flourens, montré combien était riche de promesses précieuses la généralisation de la méthode de Moreau de Bar. En 1859, il pratiqua une résection du coude par la méthode sous capsulo périostée et en 1867 il déclarait avoir fait 300 résections. Les résultats éloignés de celles-ci étaient remarquables et dans ces dernières années, ses disciples, en une pieuse pensée, présentèrent lors du cinquantenaire de la Socété de chirurgie de Lyon un certain nombre de malades chez lesquels les résultats éloignés étaient vraiment admirables.

Les discussions entre Sédillot et Ollier, ce dernier prétendant que le périoste seul refaisait de l'os tandis que Sédillot affirmait que l'os jouait dans l'ostéogénèse un rôle au moins égal, furent d'une âpreté extrême. Pendant

de longues années il fut admis que le maître de Strasbourg s'était trompé et qu'Ollier était seul en possession de la vérité. Il semble en réalité que ce problème soit extrêmement complexe. L'enseignement de la dernière guerre a montré qu'il était bien difficile de faire une résection strictement sous capsulo-périostée et que si théoriquement Ollier avait raison, Sédillot défendait une théorie en grande partie exacte.

L'enseignement à la Faculté fut brillant à Lyon, à cette époque entre les mains des contemporains et des élèves d'Ollier : Letiévant, Laroyenne, Molière, Polosson, Gangolphe, Jaboulay qui nés entre 1850 et 1860 adoptèrent rapidement la méthode de Lister, puis la technique aseptique. Ils apportèrent à leurs travaux la rigueur propre à l'école qu'avait autrefois illustrée Marc Antoine Petit.

Poncet né en 1849, professeur de médecine opératoire en 1884 à 34 ans, eut une renommée qui dépassa de loin les rives du Rhône et de la Saône.

Président du Congrès de chirurgie en 1899 il rappelait dans la séance inaugurale qu'il avait, avec Lucas Championnière, Gross et Terrier en 1874 après avoir été voir Lister à l'œuvre dans son service du Kings Collège, été un des premiers à appliquer dans son service de l'Hôtel-Dieu de Lyon la méthode du maître de Glasgow. Ce qu'il n'ajoutait pas c'est qu'il obtenait dès cette époque des résultats heureux qui alors étaient loin d'être la règle.

Les travaux de Poncet sur le goître, l'actinomycose, la tuberculose inflammatoire portent une empreinte puissante et personnelle. En conseillant en 1899, le drainage systématique de la plaie opératoire, il était peut-être trop absolu ; mais où il avait tout à fait raison c'était lorsqu'il affirmait la nécessité quand l'intervention avait été laborieuse et hémorragique, de pratiquer sans arrière pensée

le drainage à la Mickulicz qui depuis lors, après l'ardente croisade de J.-L. Faure, a sauvé tant de vies humaines.

Il est impossible, en étudiant l'histoire de la chirurgie en France, de ne pas rattacher à cette dernière les chirurgiens belges que leurs aspirations, leur technique font si proches de nous.

Deroubaix, Seutin, Soupart, puis plus tard, Jacobs, Rouffart, Thiriar, furent des opérateurs de valeur, mais deux hommes ont marqué une grande place dans l'histoire scientifique de leur pays, dans ces trente dernières années, ce sont Depage et Willems.

Antoine Depage, né en 1863, dans le Brabant flamand avait toute sa vie gardé le caractère d'indépendance, l'obstination et l'énergie de ces compagnons de Jacques d'Artevelte, qui surent lutter et mourir pour la liberté.

Professeur de Clinique chirurgicale, Antoine Depage, avec l'assistance de la Reine Elisabeth, avait pendant la guerre fondé à La Panne, sur le dernier lambeau de sa patrie blessée, un centre hospitalier qui rendit d'immenses services, et dont bien des directives purent être utilisées avec fruit par les chirurgiens des Armées alliées. Avant 1914, il avait, en dehors de toute intervention officielle, organisé avec l'aide de Madame Depage, qui mourut assassinée par les allemands à bord du *Lusitania*, de Madame Vandervelde et de Miss Cavel, des écoles d'infirmières qui firent honneur à la Belgique. Il avait conçu et réalisé le projet en 1902, de la création de l'Association Internationale de Chirurgie. A. Depage eut la joie grande, pour l'homme qui avait le culte de son pays, d'être le président du Congrès français de Chirurgie.

Willems fut peut-être un chirurgien plus complet que Depage, chirurgien à Gand, puis professeur de clinique à Liége, il avait avant 1914 conseillé la mobilisation

active immédiate dans le traitement des infections articulaires aiguës, après arthrotomie unilatérale. Cette technique qui apparut comme révolutionnaire à beaucoup de ses collègues, était en réalité la vérité, la seule qui permettait le drainage logique d'une arthrite suppurée. Elle a rendu pendant la guerre de réels services, et permit d'éviter beaucoup d'amputations.

La fin de la vie de Willems fut douloureuse ; mais il eut la joie de vivre ses dernières années dans la libre Belgique et mourut en 1930.

Aux chirurgiens de concepts latins, il convient de rattacher Jonnesco qui, né en 1860 en Roumanie, mourut en 1914, après avoir été pendant quatre années interne des Hôpitaux de Paris, en 1891 prosecteur, puis agrégé d'anatomie en 1895. Naturalisé français en 1889, il aurait sans doute été chirurgien des Hôpitaux si en 1895 ses collègues de Bucarest ne lui avaient offert la chaire d'anatomie, et la direction chirurgicale de l'hôpital Coltzea. Membre correspondant de l'Académie de Médecine et de la Société de chirurgie, il fit à cette dernière de nombreuses communications. Apôtre de la rachi anesthésie, il publia au Congrès français en 1912 une série de 8.000 observations où il résumait sa pratique.

Avec son frère Take Jonnesco, l'ancien prosecteur Jonnesco eut une activité politique féconde il fut un des ouvriers de l'indépendance de son pays et un des meilleurs défenseurs de la pensée latine.

Ce furent également des chirurgiens de langue et d'expression française, qu'Auguste et Jacques Reverdin. Ce dernier né en 1842 et mort en 1929 avait été interne médaille d'or des hôpitaux de Paris en 1869. C'est dans le service de son maître Guyon, qu'il eut l'idée d'utiliser pour la première fois les greffes qui porte son nom.

Pendant la guerre de 1870, il dirigea l'ambulance que la colonie suisse avait organisée au Collège Chaptal. En 1880, dans la clinique où il opérait avec Auguste Reverdin il pratiqua les premières interventions pour goître après avoir fait remarquer le danger de l'ablation totale intra ou extra capsulaire, et conseillé dès le début de sa pratique, de ne pas enlever la glande dans sa totalité, mais d'en laisser un fragment pour éviter les accidents de myxedème. C'est vers la même époque qu'il enrichit l'arsenal opératoire de la très ingénieuse aiguille dont l'usage fut rapidement diffusé.

Socin, né à Vevey et mort à Bâle en 1899 fut peut-être moins intimement lié à la culture française que les Reverdin. Il voulut cependant être un des premiers membres étrangers de l'Association française de chirurgie où il vint en 1885, tandis que Verneuil présidait celle-ci, présenter une communication sur la pathogénie des suppurations et montrer le rôle des staphylocoques, en racontant l'histoire émouvante de son assistant Garré, qui s'étant frotté le bras avec une culture provenant d'un pus d'ostéomyélite, fut atteint, au lieu de l'inoculation volontaire, d'un anthrax grave.

Les chirurgiens dont nous venons de retracer rapidement la vie, furent tous à divers degrés les élèves directs d'un homme qui n'opéra jamais ; mais dont l'enseignement anatomique eut une répercussion profonde sur l'Ecole française.

J'ai mis quinze années à refaire la technique chirurgicale cadavérique et à éduquer les chirurgiens en herbe, écrivait Farabeuf à Lucas Championnière en 1909 ; vous avez mis le même temps à rendre les opérations inoffensives et à vous placer à la tête des chirurgiens de Paris. Comme deux maçons, moi gâchant, vous édifiant, nous

avons à peu près seuls en France travaillé à la même œuvre. Farabeuf en effet, avait commencé ses études aux heures premières de la révolution antiseptique. Né en 1841, pendant son existence étaient apparues, à trente années de distance, l'anesthésie générale (1846), l'antisepsie (1868-1875), l'asepsie (1896).

Interne de Verneuil en 1867, rapidement aide d'anatomie, puis prosecteur, il consacra sa vie à l'étude de l'anatomie et de la médecine opératoire. Après avoir échoué à l'agrégation devant Mathias Duval en 1875, il fut reçu en 1876 et nommé professeur à la mort de Sappey. Son influence pendant les vingt-cinq années que dura son enseignement fut grande et il a laissé un souvenir profond dans la mémoire de ceux qui l'ont approché.

J.-L. Faure, qui fut son disciple, a tracé du vieux maître un portrait émouvant dans le bel éloge qu'il fit de lui à la Société de chirurgie en 1924.

Personne n'a su, dit-il, donner à l'enseignement de l'anatomie, la puissance de vie que savait lui donner Farabeuf. Il fut un professeur incomparable et c'était un spectacle vraiment stupéfiant que de voir à quelques minutes d'intervalle, aux grands jours de la pleine vigueur qui brûlait en lui, la transfiguration de cet homme. Dans l'ombre grise d'une brumeuse après-midi d'hiver, sous la lumière incertaine et tremblante on voyait sortir de l'étranglement ténébreux de l'Ecole de Médecine, un être à l'aspect étrange, tassé, voûté, courbé, traînant péniblement ses pieds endoloris recouverts de feutres informes, vêtu d'un vieux manteau à longue pélerine, coiffé d'un chapeau enfoncé jusqu'aux yeux, et le bas du visage enseveli sous le triple repli d'un cache-nez, vieux comme tout le reste et dont les extrémités descendaient en désordre jusqu'au milieu du dos. Entre le vieux manteau et le vieux

cache-nez, se profilait un nez que chevauchaient plusieurs lorgnons superposés ; et puis quelques minutes après on voyait entrer dans le grand amphithéâtre dont les gradins ne laissaient pas une place vide, sous la clarté des lumières, le même homme, toujours un peu courbé, mais débarrassé de ses vêtements étranges dont il ne conservait qu'une redingote un peu longue. Il était agité et était nerveux car la leçon qu'il allait faire, était toujours pour lui une épreuve émouvante.

Sa figure osseuse au front large et dégarni aux sourcils et au nez accusé, aux lèvres minces, au menton volontaire qu'encadraient des favoris grisonnants, sa figure osseuse sous l'influence de l'émotion intense et peut-être aussi de quelque souffrance cachée, car il souffrait toujours, présentait une sorte de crispation, une rigidité douloureuse qu'accentuait encore la profondeur des plis qui se creusaient sur son visage. Il s'avançait ainsi jusque vers le milieu de la longue table dont il effleurait machinalement le tapis vert du bout de ses doigts amaigris, et puis lorsque l'agitation causée dans l'auditoire s'était un peu calmée, il levait vers les hauteurs de l'amphithéâtre ses yeux douloureux et commençait sa leçon. Sa voix était faible, cassée, chevrotante, avec des intonations lourdes et des raisonnances métalliques. Peu à peu cependant sa parole devenait plus ferme, sa voix plus forte, sa physionomie s'éclairait et sa démonstration s'accompagnait de gestes expressifs et quelquefois d'un pittoresque qui dépassait la mesure commune. Il sortait de sa poche ou prenait sous la table des appareils extraordinaires, des machines avec des ressorts, des élastiques qu'il avait profondément étudiés et construits lui-même et qui démontraient avec une clarté merveilleuse le rôle et le mécanisme de certaines articulations et lorsqu'il prenait

ses crayons de couleur pour illustrer ses descriptions de dessins qu'il exécutait avec une maîtrise sans pareille, la leçon devenait une magnifique évocation et comme une résurrection de la nature même.

Dans toute l'ardeur, l'enthousiasme de sa description, nul n'eut pu reconnaître l'étrange et pitoyable passant qui tout à l'heure se traînait dans la rue, dans ce demiurge, à la parole ardente et aux gestes illuminés qui connaissait les secrets de la vie et qui savait faire pénétrer dans l'âme de ceux qui l'écoutaient ce qu'il avait appris lui-même en cherchant à surprendre les secrets de la mort.

Dans cette évocation de Jean-Louis Faure, revit l'enseigneur unique qui aima l'anatomie pour elle-même et qui fut Farabeuf. Si les hommes de notre génération qui d'autre part eurent l'heureuse fortune de commencer leurs études à l'ère aseptique purent donner quelque lustre à la chirurgie française, c'est à lui qu'ils le doivent en grande partie. Il a laissé deux livres : une *Introduction à l'étude des accouchements* parue en collaboration avec Varnier, et son *Traité de Médecine opératoire*, qui a formé tant de chirurgiens ; qui a été imité, copié, plagié, en France et à l'étranger, mais tel qu'il est, reste un maître livre.

Il serait injuste de ne pas associer au nom de Farabeuf celui de ses prédécesseurs, Richet, qui fut un chirurgien et un anatomiste, celui de Sappey, anatomiste pur, non plus que celui de Poirier, qui fut lui aussi un grand enseigneur, en même temps qu'un opérateur d'une remarquable habileté.

Son élégante silhouette faisait un contraste frappant avec celle du vieux maître. Tandis que l'un était professeur d'anatomie, l'autre était chef des travaux pratiques.

Jamais hommes ne furent plus dissemblables. Ils

n'étaient pas fait pour s'entendre et ne s'entendirent pas.

Poirier mourut jeune ; après avoir publié un *Traité d'anatomie* qui reste classique et des travaux sur la hernie obturatrice, le cancer de la langue, les larges exérèses dans les tumeurs. S'il ne fut pas l'élève direct il fut du moins le disciple de Farabeuf, quand il affirmait la nécessité absolue des études anatomiques pour un chirurgien digne de ce nom.

D'une taille un peu au-dessous de la moyenne ; mais dont il ne perdait pas un pouce, le front barré de sourcils épais qui rendaient plus mat encore un visage qu'éclairaient deux yeux sombres au regard direct, une barbe soigneusement taillée à la façon de 1900, lui donnaient un aspect tel qu'on ne pouvait l'oublier quand on l'avait vu une fois. Il était vraiment beau, il le savait, et ce fils de Granville-la-Normande avait sans doute eu dans ses lointains ancêtres un de ces navigateurs d'Orient, qui sillonnèrent les mers du ponant au levant et que le hasard des flots avait un jour fait échouer entre Cherbourg et Avranches.

L'entrée de Poirier, dans le vieil amphithéâtre sombre de l'Ecole Pratique était saluée par les cris discordants d'une jeunesse ardente, avec laquelle il entamait des dialogues qui n'étaient pas toujours académiques ; et les paroles ailées qui réveillaient les échos endormis de la salle poussiéreuse auraient sans doute beaucoup troublé l'austère Sappey (1). Au bout d'un laps de temps variable

(1) Sappey (1810-1896) avait précédé Farabeuf. Agrégé dans la section de Chirurgie en 1847, il remplaça Jarjavay en 1867 dans la chaire d'anatomie qu'il a abandonnée en 1886. Son *Traité d'anatomie descriptive*, publié en 1850, resta classique jusqu'à l'apparition du livre des Testut (1889).

mais parfois assez long, le silence se rétablissait et la leçon, précise, nette, illustrée de schémas, se terminait dans le calme. Il avait imaginé à l'exemple des maîtres chirurgiens de Saint-Côme, des démonstrations sur le cadavre dans l'amphithéâtre même, et dans ses quinze leçons d'anatomie pratique, il faisait preuve en opérant à bout de pinces, en utilisant la sonde cannelée, d'une virtuosité telle qu'il calmait les oppositions les plus bruyantes, et les animosités irréductibles. Alors qu'à la Faculté et à l'Ecole Pratique P. Poirier avait dans son attitude quelque chose d'apprêté, d'artificiel, de théâtral, à Tenon, dans l'ambiance hospitalière, il était tout différent et ce chirurgien anatomiste était tout simplement un grand chirurgien.

Il donnait aux pauvres, aux créatures abandonnées du destin beaucoup du meilleur de lui-même, se livrait tout entier et dans son service nul n'eût pu reconnaître le Poirier de l'Ecole Pratique.

Cet homme eut beaucoup d'ennemis ; mais ceux qui l'ont approché de près, savent que ces haines étaient injustes et qu'il possédait à un très haut degré cette qualité maîtresse du médecin, la bonté.

VI

LA CHIRURGIE CONTEMPORAINE

SOMMAIRE. — *L'asepsie. Terrier. L'association de la chirurgie et des méthodes nées du laboratoire. La radiographie. Roentgen, 1896. L'étude des radiations. H. Becquerel, 1897. Le radium. P. Curie, 1898. Haute fréquence. d'Arsonval, 1898. Sérothérapie. Vaccinothérapie. Roux.*

L'époque qui s'étend entre 1890 et 1895, est une grande période dans l'histoire de la chirurgie en France et à l'étranger et correspond aux années qui marquèrent l'avènement définitif de l'ère aseptique.

Tour à tour les hommes qui avaient contribué au magnifique développement de la chirurgie contemporaine avaient remarqué que dans le culte listérien, bien des rites étaient inutiles. On pouvait avoir des résultats heureux sans embrumer la salle d'opérations de spray phéniqué, ni recouvrir la plaie d'antiseptiques aux parfums divers et aux colorations variées, où l'iodoforme à l'odeur tenace, tenait une place indiscutable et qu'il n'était pas permis de discuter.

Etait-il cependant indispensable pour nettoyer une peau avant l'acte opératoire de la frotter avec vigueur d'une

solution au permanganate de potasse, dont on faisait avec peine disparaître les traces sombres avec du bisulfite de soude, de l'inonder de sublimé ou d'alcool ?

Etait-il cependant vraiment utile pour détruire les microbes jusque dans leurs ultimes repaires, d'arroser une plaie cruentée d'une solution phéniquée ou de sublimé plus ou moins concentré ? Est-ce que ces solutions corrosives n'allaient pas, non seulement détruire ce qui était alétoire, les bactéries, mais aussi frapper à mort les éléments cellulaires et réduire à néant, leurs moyens de défense ?

Les chirurgiens instruits, et qui faisaient un retour en arrière avaient pu penser parfois qu'avant la stricte application de la technique de Lister, des précurseurs Le Fort qui était propre et employait le pansement à l'alcool, Alphonse Guérin qui ne touchait pas aux plaies et les entourait d'une barrière ouatée, guérissaient leurs malades. Dans sa modeste maison de Santé et dans son service hospitalier, Koeberlé, à Strasbourg, avait eu des résultats surprenants simplement en se lavant les mains et en employant des instruments nettoyés avec soin dans de l'eau bouillie.

Il y eut dans les années qui suivirent les communications cruciales de L. Championnière, une réaction contre les pratiques antiseptiques pures. Redard en 1886 ([1]) utilisait la vapeur sous pression. Durante proposait la stérilisation par la vapeur sèche.

L'asepsie ne s'est pas faite tout d'une pièce. Toute idée,

([1]) Il paraît juste d'admettre que Redard proposa le premier la stérilisation des pansements par les seuls agents physiques. Son mémoire, intitulé *Désinfection des instruments chirurgicaux et objets de pansement* fut présenté le 28 juillet 1887.

a dit Jules Rochard, dans une belle image, avant d'éclore dans la perfection, s'est offerte bien des fois à l'esprit des hommes. Les uns lui jettent un regard distrait et passent leur chemin, les autres s'arrêtent, la caressent un instant puis l'abandonnent, découragés par les efforts qu'il faudrait faire pour la réaliser et la méthode demeure stérile jusqu'au jour où un enthousiaste venant à la rencontrer sur sa route, l'épouse et la féconde, en dépit des difficultés qu'il faut vaincre, et des obstacles qu'il faut supporter. Cet homme pour l'asepsie fut Terrier.

En réalité, il faut dire plus simplement que le chirurgien de l'hôpital Bichat vint à l'heure marquée par le destin, et eut le grand mérite de réunir des idées éparses et d'en faire un tout.

Terrier n'arriva que tard chirurgien des hôpitaux, il avait trente-six ans, et avant d'aborder la voie des concours, s'était orienté dans une toute autre direction. Il avait été élève à l'école d'Alfort, et en fut congédié dans des conditions assez difficiles à préciser. Dès qu'il fut titulaire d'un service hospitalier, il avait alors quarante-cinq ans, il y appliqua des principes de l'asepsie pure, dans une maison en ordre, où chacun était à sa place. Terrier créa une technique et une école. Il précisa les moyens d'aseptiser les compresses et les instruments, et insista sur la nécessité d'utiliser seulement l'eau stérilisée pour le lavage des mains.

L'asepsie, écrivait-il en 1893, dans la leçon inaugurale de son cours de médecine opératoire, doit remplacer l'antisepsie parce qu'elle est plus sûre et moins nocive. En utilisant les antiseptiques on est jusqu'à un certain point capable de détruire les microbes nuisibles, mais il reste des spores contre lesquels ceux-ci n'ont qu'une action limitée. Si les antiseptiques, disait-il plus tard,

sont assez énergiques pour détruire ou même simplement modifier la vitalité des microbes, ils agissent sur les tissus sains, ils peuvent les compromettre d'une façon sérieuse ; d'autre part les antiseptiques ont des actions presque toutes nocives ; absorbés par les réseaux sanguins ou lymphatiques, ils déterminent des intoxications qui ne sont pas à démontrer.

Au Congrès de Chirurgie de 1896 qu'il présidait, Terrier résumant son enseignement et l'ensemble de ses recherches était vraiment d'une admirable modestie quand il disait : l'asepsie a pour moi une qualité qui je l'espère, ne vous semblera pas discutable, elle est essentiellement française, on peut dire qu'elle est née dans le laboratoire de Pasteur. C'est là où elle prit une forme concrète, c'est de là qu'elle est passée dans la pratique chirurgicale, d'abord d'une façon indirecte par l'intermédiaire de Lister, puis d'une façon directe. Dans le même ordre d'idée, il affirmait combien il avait été encouragé dans ses efforts, par Roux et les maîtres de l'Ecole pastorienne.

Terrier avait obtenu de l'Assistance publique une organisation hospitalière meilleure que celle de la plupart de ses collègues et une séparation des salles de blessés, en aseptiques et infectés.

Il demanda sans être suivi la création de centres chirurgicaux toujours sous pression comprenant un chirurgien et des aides prêts à opérer de suite un blessé ou un malade urgent ; projet intéressant mais bien difficile à réaliser.

Dans le service de Bichat qui dans le vieil hôpital était une oasis de propreté et de lumière, il serait exagéré de dire que l'accueil que recevaient ceux qui, à pas feutrés, s'approchaient du temple pour entendre les

paroles de vérité, fut spécialement cordial. Le maître, le nez chevauché d'un lorgnon, la tête légèrement enfoncée dans les épaules, le dos un peu courbé, recevait avec quelque défiance ceux qui ne faisaient pas partie intégrante de la maison, tandis que quelques instants plus tard, dans le silence s'exécutait avec méthode quelqu'une de ces interventions abdominales redoutables qui n'étaient pratiquées alors que par peu de chirurgiens.

On avait un peu l'impression du sanctuaire dont les desservants plus intransigeants que le maître, étaient persuadés qu'en dehors du service il était difficile au commun des mortels d'apprendre l'utilisation rationnelle d'un autoclave et la stérilisation des compresses.

Terrier a créé une école dont les disciples ont élevé à un très haut point la chirurgie française. Il n'est aucunement exagéré de dire que directement ou non, nous sommes ses élèves, et que le magnifique essort chirurgical d'avant-guerre est dû à la perfection de la technique de la stérilisation qu'il mit à la portée de tous.

Au moment même où se généralise la pratique aseptique, la technique chirurgicale va s'enrichir d'un agent puissant et merveilleux par la découverte que le hasard de l'expérience, fit faire au physicien allemand Roentgen en décembre 1896. Celui-ci, alors professeur à l'Université de Wurztbourg, constata qu'à quelque distance d'une ampoule de Crookes entourée d'une enveloppe opaque à la lumière, il voyait quand le courant électrique la traversait, des cristaux de platino-cyanure de baryum devenir lumineux malgré l'interposition de planches de bois et même de feuilles métalliques. Ces rayons impressionnaient les plaques photographiques en dépit des obstacles divers et avaient le pouvoir mystérieux de pénétrer à

travers la plupart des corps qu'ils fussent opaques ou transparents à la lumière.

A ces nouveaux rayons dont il ignorait la nature et dont il savait seulement qu'ils naissaient de l'arrêt brusque des projectiles cathodiques, Roentgen (1) donna le nom de rayons X...

A la fin du dix-huitième siècle, un physicien fort en vogue à Paris, l'abbé Nollet, en poursuivant les travaux commencés en 1727 par l'Anglais Gray, passionnait la cour et la ville. Il faisait passer la décharge de la machine électrique d'invention récente, dans un vase ovoïde, où il avait au préalable fait un vide relatif et transformait une étincelle éclatante en une lueur douce, silencieuse et nuancée qui provoquait l'étonnement des spectateurs.

L'ampoule de Geissler et l'ampoule de Crookes, nées de l'œuf électrique de l'abbé Nollet, dont les reflets violets et mauves avaient autrefois ému nos aïeules, donnaient naissance à des radiations qui impressionnaient directement la plaque sensible, radiographie, ou permettaient un examen direct du squelette après interposition d'un écran au platino-cyanure de baryum qu'elles illuminaient, radio-diagnostic.

En raison de l'imperfection des appareils en usage, la radiographie fut d'abord employée de façon presque exclusive. En France, Barthélemy, Oudin, bientôt suivis par Béclère furent les premiers à reproduire les expériences du physicien de Wurztbourg et à prévoir les conséquences importantes qu'elles allaient avoir dans la pratique chirurgicale.

Lannelongue, dans une série de mémoires présentés à

(1) Roentgen, né à Lennep, en Prusse, en 1854 ; mort à Munich, en 1923.

l'Académie des Sciences, contribua à la vulgarisation rapide de la méthode. Un an après la découverte heureuse de Roentgen, Bouchard démontra la possibilité de préciser, grâce à elle, le diagnostic clinique, des épanchements pleuraux, de la tuberculose pulmonaire et des lésions aortiques.

Dès cette époque (1896), on put constater du reste, que cet agent mystérieux n'était pas exempt de danger, et que comme les rayons ultra violets il avait action intense sur les êtres vivants, et agissait sur les tissus comme sur la couche de platino-cyanure de baryum de l'écran radioscopique ou sur la couche de gélatino-bromure d'argent de la plaque radiographique.

Les rayons pénétrants émis par l'ampoule de Roentgen pouvaient avoir une action thérapeutique difficile à doser, radiothérapie, et provoquer des accidents redoutables, radiodermite, radionécrose.

En 1896, Henri Bécquerel découvre que les sels d'uranium ont la propriété d'émettre un rayonnement qui se rapproche beaucoup par ses caractères généraux de celui émis par l'ampoule de Crookes. En 1898, Madame P. Curie constate que cette propriété appartient également aux sels de thorium, et propose de dénommer radio-actives toutes les substances qui donnent lieu à une émission semblable. Associant leurs efforts, P. Curie et Madame P. Curie par les procédés ordinaires de l'analyse chimique extraient de minerais contenant des sels d'uranium une nouvelle substance, le radium, élément chimique qu'ils isolent à l'état de sel pur, dont ils prouvent les caractères et déterminent le poids atomique. Le rayonnement du radium a la même action que le rayonnement de Roentgen sur les substances luminescentes et les plaques photographiques.

Il est difficile de concevoir la possibilité de préciser un

diagnostic chirurgical sans l'aide puissante et immédiate de la radiologie et de la radiographie.

L'examen d'un malade est plus compliqué qu'il y a cinquante ans, mais il est juste de penser qu'il peut permettre d'obtenir une précision plus grande du diagnostic, et la possibilité d'indications thérapeutiques rationnelles. Aux méthodes cliniques, connues dans le premier tiers du siècle, comme l'auscultation et la percussion sont venues s'ajouter, l'étude des réflexes, la mesure de la pression artérielle, puis la série des procédés de laboratoire, examens chimiques et biologiques du sang et des liquides de l'organisme, la recherche et la culture des microbes pathogènes.

Quelques-unes de ces recherches doivent être faites par le chirurgien ou par ses assistants, examens cliniques d'exploration directe comme la bronchoscopie, la cystoscopie, la rectoscopie, d'autres au contraire portant sur les exsudats, sur les liquides normaux ou pathologiques provenant du malade, sang, urine, liquide céphalo-rachidien, fausses membranes, fragments de tissus recueillis par biopsie doivent être pratiquées par un technicien qui n'a pas besoin de prendre contact avec le malade : examens de laboratoire.

Il nous semble logique d'admettre avec Beclère (1) que l'exploration radiologique est comme la percussion, l'auscultation, une méthode d'investigation physique capable seulement de nous renseigner sur les caractères physiques des organes explorés. Mieux que toute autre elle nous montre leur situation, leurs déplacements, leur forme,

---

(1) Béclère, Rapport au xxve Congrès de l'Association française de Chirurgie, octobre 1912.

leur perméabilité partielle ou totale, aux rayons qui les traversent mais rien de plus.

Si précieuses que soient les données de l'exploration radiologique, elles ne tirent leur valeur que de leur rapprochement, de leur comparaison avec les autres données fournies par l'interrogatoire et les divers modes d'examen du malade. Le diagnostic demeurera toujours une opération de l'esprit, l'œuvre du jugement médical. Parmi les éléments qui permettent de réaliser une synthèse utile, l'exploration radiologique joue un rôle de première place. Cet examen devra être fait par le chirurgien ou sous son contrôle ; mais il est certain d'autre part que ce dernier ne saurait se passer de l'assistance d'un technicien qui lui aura fourni avant son examen toute la documentation radiographique nécessaire, si remarquable aujourd'hui, avec les progrès de l'appareillage, et la possibilité d'obtenir des clichés en série, épreuves téléradiographiques et cinéradiographiques.

Il a semblé pendant quelques années que le rôle de la radiothérapie devait rétrécir l'horizon chirurgical, il n'en est rien.

Les cellules néoplasiques sont en général plus radiosensibles que les cellules saines de l'espèce dont elles proviennent, d'où la possibilité théorique, d'agir sur elles seules, en respectant les éléments cellulaires voisins.

La radiothérapie ultra pénétrante donne des résultats discutés avec raison, le radium apparaît comme un agent thérapeutique magnifique et redoutable. Ses effets ne peuvent en aucune façon se comparer à ceux de la seule chirurgie. Les deux méthodes doivent se porter un mutuel appui. Il est juste d'admettre avec Regaud, que la chirurgie ne demeure plus la seule thérapeutique du cancer.

Les diverses méthodes ne doivent à aucun moment s'ignorer mais collaborer sans parti-pris.

Pour atteindre ce but, les cloisons étanches qui persistent un peu partout entre la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie naissante doivent disparaître.

C'est également un adjuvant utile de l'acte opératoire que l'utilisation des courants de haute fréquence dont d'Arsonval avait déterminé les propriétés, et que Doyen paraît avoir employé le premier en France il y a trente ans. Dans les premiers essais de celui-ci, l'augmentation considérable de la densité électrique au niveau d'une des électrodes employées permit d'obtenir un effet de coagulation des tissus, intense, difficile à régler mais qui cependant permit dès cette époque d'avoir des résultats intéressants dans le traitement du cancer.

Depuis lors la réalisation d'appareils de haute fréquence et de basse tension facile à manier a permis d'utiliser de façon heureuse les courants de d'Arsonval. Au nom de ce dernier doit être associé celui de Bergonié, de Bordeaux, dont l'enseignement contribua à répandre les applications de cette technique nouvelle et riche en promesses.

Dans les années qui précèdent et suivent la guerre, le laboratoire vient apporter à l'acte chirurgical un secours nouveau, par la sérothérapie et la vaccinothérapie. L'immunisation artificielle peut être réalisée par ces deux méthodes. Dans le premier cas, l'immunité acquise est passagère parce que l'organisme reçoit passivement et pour une utilisation immédiate, les substances immunisantes préformées dans un autre organisme. Dans la vaccination au contraire, il s'agit d'une immunisation active et plus durable, en suscitant dans l'organisme même, et en lui conférant une maladie atténuée, des réactions qui en der-

nière analyse aboutissent à l'état d'immunité [1], c'est-à-dire à la propriété naturelle ou acquise que possède un être vivant, d'être et de rester réfractaire plus ou moins complètement, et pendant un temps variable, vis-à-vis d'un agent toxique ou infectieux déterminé. A première vue les différences qui séparent ces modalités de l'immunité paraissent très précises, en réalité il semble bien qu'il n'existe là, que des aspects variés d'un même état.

La sérothérapie agit à titre préventif, et son activité est puissante, c'est là un fait qu'on ne saurait discuter. Le sérum antitétanique, a préservé pendant la guerre, un nombre considérable de blessés des atteintes redoutables du bacille de Nicolaier et de sa toxine [2]. Si son action apparaît dans certains cas, comme n'étant pas exempte de dangers immédiats ou tardifs, il n'en n'est pas moins vrai que ceux qui dans les derniers mois de 1914, ont vu un nombre très élevé de blessés mourir de tétanos, ont constaté la disparition presque complète de ces accidents redoutables, alors que dans les années suivantes, l'injection préventive était faite de façon systématique. Il semble bien que le sérum antitétanique ait une action presque uniquement prophylactique. Les tentatives d'injection de sérum au niveau des centres nerveux, faites dès 1898, sur les conseils de Roux, n'ont en général donné que des résultats médiocres, et rares ont été les observations de guérison signalées par injection rachidienne.

Le sérum antigangreneux, utilisé surtout dans les deux dernières années de la guerre, a donné des résultats indé-

---

(1) Parisot et Simonin, *Vaccins et vaccinothérapie*, Maloine, 1925.

(2) La sérothérapie antitétanique, fut utilisée et appliquée de façon habituelle, sur les blessés de son service, par P. Bazy, pour la première fois en 1895.

niables, et c'est là une méthode qui doit rester dans la pratique de la chirurgie civile.

Il semble bien cependant, que la vaccinothérapie préventive et curative, soit plus riche en promesses immédiates.

La sérothérapie préventive, paraît conférer à l'organisme, une immunité d'autant plus forte, que la dose de sérum est plus considérable, mais cette immunisation préventive passive ne semble provoquer aucune réaction défensive propre, elle est toute passagère, et cesse peu à peu, à mesure que le sérum s'élimine. La vaccinothérapie préventive et curative, qui dans des conditions souvent difficiles et précises augmente les réactions de défense de l'organisme semble au point de vue chirurgical devoir dans l'avenir être utilisé plus souvent, qu'elle ne l'est à l'heure actuelle.

Wright, reprenant les idées de Pasteur, et partant de ce principe, que la vaccination antirabique, marquait le premier terme du passage de la vaccination préventive à la vaccination curative, établit la légitimité de cette dernière. Il conseillait d'utiliser les germes issus du malade lui-même, auto vaccination, mais le problème s'élargit singulièrement le jour où l'on pu constater que des accidents infectieux graves étaient enrayés par l'apport de microbes de provenance diverses, et dans quelques cas, par l'injection de cultures stérilisées, par un procédé quelconque, de germes tout différents de ceux qui avaient causé la maladie initiale. Le problème de la bactériothérapie spécifique se compliqua d'autre part, le jour où l'on fut à même de constater que des résultats surprenants pouvaient être obtenus par la bactério- ou la protéinothérapie non spécifique. Succès dit Danycz, qui semblent se jouer des principes classiques dont s'inspire la méthode

expérimentale, technique qui prétend à guérir les malades par des méthodes qui attendent leur explication théorique... A bien des points de vue, le problème reste entier, mais il n'en n'est pas moins vrai que la vaccinothérapie chirurgicale curative, constitue une arme nouvelle et précieuse, dont il est parfois difficile de doser l'effet, qui comporte des contre indications d'ordre biologique et clinique, mais qui constitue à l'heure actuelle, une technique riche en promesses fécondes.

VII

LA GUERRE

Sommaire. — *Les erreurs initiales. — L'ambulance divisionnaire. — Période de stabilisation des armées. — La biologie de la plaie de guerre. — Réunion par première intention. — Les ambulances auto-chirurgicales. — Chirurgie des fractures. — Chirurgie articulaire. — La transfusion du sang. — L'étude du shok. — Les enseignements de la guerre.*

Nous savions bien peu de chose de la chirurgie de guerre aux soirs sanglants d'août 1914. Nos voisins d'outre Rhin n'étaient guère plus avertis, leurs idées étaient aussi fausses que les nôtres, ils comprirent moins vite et s'adaptèrent aux circonstances moins rapidement que leurs ennemis latins... Ceux mêmes d'entre nous qui avaient pensé qu'il existait au monde autre chose que l'horizon de la cour de leur hôpital, ceux qui avaient voyagé à l'étranger, qui étaient persuadés de l'imminence du drame et avaient voulu s'instruire n'avaient trouvé que des enseignements insuffisants auprès des chirurgiens militaires.

Delorme, professeur au Val-de-Grâce, dont la vie du

reste, fut toute d'honneur et entièrement consacré au travail, fort du poids de sa renommée et de l'autorité que lui conférait son grade, autorité dont il avait conscience, se trompait lourdement. N'affirmait-il pas dans son discours présidentiel au Congrès de Chirurgie de 1912, en étudiant la pratique de la chirurgie de guerre, le peu de gravité des lésions généralement constatées. Les blessures des parties molles par les balles actuelles, étaient, disait-il, peu importantes, certains orifices étaient très étroits et l'on comprend que des lésions généralement aussi minimes guérissent vite, que des blessés aient pu être atteints cinq ou six fois au cours d'une campagne et reprendre leur place dans le rang quinze à trente jours après le traumatisme initial.

Il ajoutait : « les coups de feu dits explosifs, dans lesquels les désordres anatomiques sont portés à un degré considérable, traumatismes dans lesquels on considérait l'amputation comme fréquemment indiquée, guérissent facilement ainsi que l'a montré l'expérience des dernières guerres. Les résections diaphysaires n'ont plus qu'une valeur théorique, l'arthrotomie est rarement indiqué dans les accidents infectieux ». Il serait cruel d'insister... Ces affirmations émises deux ans avant la guerre avec une vigueur qui admettait mal la contradiction, et que nul du reste ne songeait à contredire, constituaient un recul précis sur les claires doctrines de Sédillot et de Baudens, de Percy et de Larrey, et même sur l'enseignement d'Ambroise Paré, qui parlant dans son Troisième livre des playes par hacquebutes, bâtons à feu et des accidents d'icelles, conseillait au chirurgien d'amplifier la playe, si la partie le permettait, pour donner issue à la sanie et ôter s'il y a portion d'habit, pièce de harnois, balle,

esquilles d'os, et autres choses estranges qui se peuvent trouver, et ce dès le premier appareil...

Le réveil fut cruel et les souvenirs les plus atroces des gens de notre génération qui servirent à l'armée, furent certainement ceux des derniers mois de 1914. Dès les premiers combats il fallut constater l'erreur doctrinale initiale.

En réalité toutes plaies de guerre étaient infectées, et de terribles lésions allaient être la rançon des lésions des projectiles dits humanitaires... Le tétanos, la gangrène gazeuse, que nous ne connaissions plus apparurent avec une extrême fréquence, et dans les hôpitaux d'évacuation, bientôt insuffisants, surchargés de blessés intransportables que la répartition défectueuse des chirurgiens ne permettait pas d'opérer en temps utile, la mortalité fut terrible. L'éclat d'obus, les fragments de balles recouverts de leur chape vestimentaire satellite, ensemençant les tissus dans la profondeur déterminaient l'apparition d'accidents septiques à évolution rapide, contre lesquels les débridements larges et précoces seuls pouvaient avoir une action.

Les ambulances de première ligne, ambulances divisionnaires ou ambulances de réserve, dont la mobilisation avait été faite dans de bonnes conditions techniques, ne purent en général, en raison de la pénurie des moyens de stérilisation qui leur était attribuée, malgré la présence d'un personnel médical compétent, obtenir le rendement qu'on attendait d'elles. Elles durent trop souvent doubler les formations régimentaires ; se contenter de faire suivant une formule inélégante, de l'expédition, de l'emballage et diriger vers l'arrière des blessés qui au cours d'un transport long et pénible, parvenaient dans un hôpital du territoire dans un état lamentable.

Un certain nombre de plaies par balles guérissaient il est vrai avec simplicité, comme on l'avait observé dans les guerres des Balkans mais c'était l'infime exception et la doctrine de l'abstention opératoire initiale, basée sur des faits mal interprétés, se révéla dangereuse et fausse.

Dès la fin de 1914, et dès le début de 1915, un redressement s'opéra et c'est un grand honneur pour les chirurgiens français d'avoir pu le réaliser avec rapidité.

La plaie de guerre était infectée, les tissus ensemencés en profondeur, il fallait donc drainer, panser à ciel ouvert, enlever le projectile quelqu'il fut, pratiquer l'ablation des esquilles libres des corps étrangers, des débris de vêtements, pour ne pas s'exposer à des désastres. Les blessés au lieu d'être dirigés vers l'arrière furent autant que les conditions tactiques le permettaient, et la stabilisation de la guerre des tranchées coïncida avec cette période, opérés sur place suivant une règle dont le concept initial était que toute plaie de guerre devait être largement débridée.

Les antiseptiques délaissés dans la pratique civile, furent de nouveau employés et quelquefois avec exagération ; le sublimé, l'alcool, l'eau de javel, l'acide phénique eurent un regain de jeunesse.

Fait plus intéressant, on fut amené à constater que quelque fut l'antiseptique employé, en pratiquant l'irrigation continue, après intervention chirurgicale initiale logique, mais que surtout en utilisant les hypochlorites, à la façon de Carrel, dans son ambulance du Rond Royal de Compiègne, on pouvait obtenir une stérilisation relative de la plaie, permettant de réaliser une réunion secondaire avec tous les avantages que comporte la fermeture d'une plaie cruentée. Cette suture ne pouvait être faite sans danger que si la plaie se trouvait dans des conditions

d'asepsie relative, seul le laboratoire pouvait permettre de répondre d'une façon précise à la question.

Les conditions tactiques de la guerre de tranchée, de la stabilisation des points de combats, permit à Carrel et à ses assistants de montrer l'importance en chirurgie d'armée, comme dans la vie civile de la symbyose du chirurgien et de l'homme de laboratoire, la nécessité pour réaliser un concept scientifique et non plus empirique, de pratiquer un examen direct ou bactériologique, un examen cytologique, et un examen bactériologique proprement dit vérifié par l'ensemencement et les cultures. Comme l'a écrit avec juste raison Policard, dans son beau livre sur l'évolution de la plaie de guerre, les petites cloisons étanches que la vie médicale courante avaient maintenues entre théoriciens, hommes de laboratoire, et praticiens, étaient vite tombées au rude choc de la guerre.

Ce changement complet dans la doctrine initiale entraîna comme corollaire inéluctable, la nécessité d'une organisation chirurgicale toute autre. A l'ambulance isolée se substitua des groupements d'hôpitaux d'évacuation, auxquels on vint adjoindre secondairement les ambulances auto chirurgicales, qui dotées d'un matériel suffisant et d'un personnel médical compétent, rendirent dans les deux dernières années de la guerre d'immenses services. On a dit, que les batailles de la libération avaient été gagnées par les blessés guéris grâce aux soins précoces qui leur avaient été donnés, celà est en grande partie exact. Il est certain que même dans la pratique civile il est bien difficile de constituer des centres de soins chirurgicaux immédiats aussi parfaits que ceux qui furent donnés aux blessés dans les ambulances auto-chirurgicales, où le radiologue, le chef de laboratoire, donnaient de

façon rapide, des indications techniques précises au chirurgien responsable.

L'ambulance auto-chirurgicale fonctionnait comme une véritable usine au travail rationnalisé pour obtenir le maximum de rendement, machine à grand débit suivant le rythme général d'une guerre industrielle. Duhamel [1] n'a pu s'empêcher de s'en attrister en constatant que le climat du machinisme n'est peut-être pas le climat de la sympathie, mais le génial adversaire des temps futurs promis de notre globe a peut-être une horreur trop absolue du perfectionnement mécanique qui, comme le fit remarquer Proust, n'exclut ni la splendeur morale, ni la douceur de la sensibilité.

Quand on sut ce qu'étaient vraiment les conditions biologique de la plaie de guerre, quand on eut la notion que les tissus étaient infectés seulement au point de contact du projectile, quelques chirurgiens conseillèrent d'enlever non seulement celui-ci mais encore les parties molles voisines à la façon d'une tumeur maligne. Exérèse des tissus attrits ; la plaie de guerre n'était si dangereuse que parce qu'infectée et contuse, épluchage, parage de la plaie, mots bien peu élégants, mais exacts. Suture immédiate, sans avoir besoin d'irrigation continue, réunion possible comme s'il s'agissait d'une exérèse en tissu aseptique.

La chirurgie est une, et le jour où l'autorité militaire accepta de suivre les principes rigoureux énoncés par P. Duval à l'attaque des Flandres, les résultats dépassèrent les espérances. Il est difficile de savoir qui en

(1) Duhamel, *L'humaniste et l'automate*, P. Hartman, Paris, 1933.

réalité appliqua le premier cette technique de la réunion primitive des plaies de guerre.

Chirurgiens de la même génération, élèves des mêmes maîtres, pénétrés des mêmes doctrines, il est certain que beaucoup d'entre nous eurent en cette période de 1916-1917 les mêmes idées et des résultats semblables. Il n'en est pas moins vrai que Gaudier et Lemaitre, présentèrent les premiers leurs observations et doivent être considérés comme les initiateurs de la méthode.

Le laboratoire démontra du reste rapidement que, les ablations larges des tissus à la façon d'une tumeur maligne si utiles sous condition que l'on respecte autant que possible les pédicules vasculo nerveux, n'étaient pas basées sur des données empiriques. La plaie de guerre n'était-elle pas en quelque sorte un acte expérimental (Fiessinger) dans lequel on pouvait délimiter un double processus ; en un agent infectant, accompagné du débris de vêtement qui l'ensemence, en un lieu de culture tout à fait propre, constitué par les tissus profondément attrits et les suffusions sanguines qui s'étendent à quelques centimètres de la poche d'attribution, cavité irrégulière, anfractueuse qui contient des caillots, des débris de vêtements, de projectiles ; poche à parois irrégulières, creusée de géodes par suite de l'inégalité de résistance du tissu musculaire. L'idée d'enlever le tout en bloc, poche, tissus ulcérés, hématome et agent infectant à la manière d'une tumeur maligne, était tout à fait logique.

La pratique des sutures primitives se généralisa vite. Elle fut appliquée avec une constance moindre, d'heureux résultats aux fractures et aux plaies pénétrantes des articulations.

Il semblait bien que dans les plaies, il y eut une période de quelques heures, pendant lesquelles les tissus étaient

certes frappés de mort par le traumatisme initial en état de nécrose et privés de circulation, mais la multiplication microbienne ne se faisait avec intensité que vers la huitième heure, quelques germes pénétraient à l'état de spores ; période de latence pendant laquelle on avait le temps d'opérer. Il y avait donc une importance considérable à ce que l'intervention fut aussi rapide que le permettait les circonstances ; quelques chirurgiens, pendant la période de stabilisation de la guerre des tranchées, conçurent l'idée de se rapprocher des blessés, et de leur porter secours le plus près possible de la ligne de feu.

Des postes chirurgicaux avancés, abris bétonnés, furent établis et on put intervenir dans les heures qui suivaient la blessure. Robert Picqué, professeur d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, fut un des premiers à réaliser cette conception. Elle donna en général des résultats inégaux, pour des raisons complexes. Il y avait là cependant une très belle idée qui eut l'avantage d'avoir une répercussion heureuse sur le moral des combattants.

La chirurgie articulaire avait donné dans les premiers mois de la guerre des résultats navrants, et nous avons gardé le souvenir d'un soir sombre de décembre 1914, où dans une réunion de chirurgiens mobilisés à l'armée, qui eut lieu à Amiens, sous la direction de Montprofit, la conclusion commune fut qu'en cas d'arthrite suppurée du genou, après plaie de guerre, il fallait sans plus attendre recourir à l'amputation...

Quelques mois plus tard, dans des organisations stabilisées comme celle que dirigeait un homme aussi remarquable que modeste, Alquier (de Châlons), les malades guérissaient grâce à une immobilisation ingénieuse mais compliquée, après de larges résections, de drainage, mais c'était l'exception ; jusqu'au jour où un chirurgien allié

que la France peut revendiquer puisqu'il était belge et professeur à Gand, Willems montra que les arthrites suppurées pouvaient guérir après l'ablation de l'éclat d'obus ou de la balle, cause initiale des accidents, par mobilisation active immédiate qu'on substituait à l'immobilisation absolue et aux larges résections. Encore faillait-il que les lésions osseuses ne fussent pas trop étendues. La chirurgie articulaire pratiquée moins de trente-six heures après le traumatisme initial, donnait des résultauts surprenants. A la fin de la guerre une plaie articulaire soignée à l'heure opératoire n'apparaissait guère plus redoutable à ceux qui savaient ce qu'il fallait faire qu'une plaie des parties molles. L'incision étroite, la mobilisation immédiate après extraction de l'agent vulnérant, possible avec une bonne organisation radiographique, technique que Grégoire semble avoir préconisée le premier en 1917, constitua également un gros progrès.

Nulle question ne fut plus discutée que celle du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. A la doctrine de l'abstention absolue se substitua peu à peu celle de l'intervention qui permit d'obtenir des guérisons chez des blessés qui ne se consolidaient que d'une façon exceptionnelle. La chirurgie du crâne si décevante permit d'obtenir des guérisons inespérées en procédant suivant le même concept initial.

L'intervention active immédiate dans la chirurgie thoracique donna également des résultats qu'on n'aurait pu prévoir en 1914. Ceux-ci furent obtenus, il faut bien le dire, durant la période d'immobilisation des points de combats. Que serait devenue cette très belle organisation si la guerre de mouvement avait repris avec la terrible difficulté des évacuations ?

N'aurions-nous pas revu les horreurs des jours de Charleroi ? Il vaut mieux n'y pas penser.

La guerre a-t-elle appris quelque chose aux chirurgiens de carrière, ou n'a-t-elle eu comme résultat immédiat, que de répandre sur tous les points du territoire un certain nombre de médecins mobilisés qui se sont révélé des aptitudes chirurgicales parce qu'ils avaient appris à placer une pince et à serrer un nœud droit ? Quelques acquisitions resteront.

Il est certain qu'avant 1914, les indications de la chirurgie articulaire apparaissaient comme assez limitées. A l'heure actuelle, sous la condition élémentaire de rester strictement aseptique, un genou, un coude, une épaule peuvent être explorés avec soin, et la statique articulaire reste satisfaisante, même avec des délabrements étendus, si après reconstitution des ligaments actifs ou passifs, on veut bien à la façon de Willems, pratiquer la mobilisation active immédiate.

Il y a bien longtemps que Flaubert (de Rouen) avait pratiqué une suture osseuse métallique ; il était de règle avant 1914 de cercler une rotule ou un olécrane, mais somme toute peu de chirurgiens avaient suivi Lambotte dans la pratique des sutures osseuses systématiques que le chirurgien d'Anvers réalisait sous le couvert d'une rigoureuse asepsie, à l'aide d'une instrumentation ingénieuse.

Dans les années qui suivirent la guerre, les sutures osseuses, les cooptations avec ou sans plaques, se multiplièrent dans les fractures diaphysaires. Il semble bien que depuis quelques années une réaction contraire se soit produite et que le nombre des chirurgiens qui par principe traitent par la méthode sanglante une fracture fermée diminue. Il est bien difficile de dire si les résultats immé-

diats de ceux-ci sont beaucoup plus satisfaisants que ceux d'Hennequin qui avec son extension et sa contre extension avait la prétention qu'il pensait légitime, de corriger le triple déplacement d'une fracture du fémur suivant la longueur, l'épaisseur et l'axe du segment osseux intéressé. Résultats anatomiques peut-être moins beaux, résultats fonctionnels meilleurs. Il semble bien que la question reste au même point. La technique de la synthèse s'est certainement améliorée entre les mains de Lambotte et de Dujarier, mais si elle est parfaitement indiquée dans des cas spéciaux, la réduction non sanglante apparaît comme devoir rester la règle. Ceci d'autant plus, que la guerre nous a doté d'appareils de contention, de transport et de réduction qui sont souvent des réminiscences de procédés anciens, mais qui n'en constituent pas moins un progrès réel.

Delagenière, en utilisant les greffes ostéo périostiques prélevées sur le tibia comme matière de prothèse crânienne, a permis non seulement de substituer aux anciens procédés, greffes cartilagineuses, plaques d'or, os mort, technique simple et qui ne donne pas de mécomptes ; mais il a doté la chirurgie d'un procédé nouveau susceptible d'applications nombreuses et dont bénéficie largement la chirurgie orthopédique qui depuis quelques années s'oriente dans des voies nouvelles.

La chirurgie des nerfs a permis de préciser quelques données d'apparence paradoxale. Contrairement à ce que l'on pensait la réunion immédiate et la suture des troncs nerveux ne donne pas toujours des résultats aussi bons que la simple mise en contact de ceux-ci. Les expériences de Nageotte et les résultats opératoires de Sencert tendent même à prouver qu'il y a intérêt à interposer un greffon

entre le segment distal et le segment proximal du nerf sectionné.

Sédillot autrefois dans des discussions passionnées avec Ollier, avait refusé au périoste la propriété de reconstituer de l'os, ou tout au moins de reconstituer un os. Les contemporains du maître de Strasbourg s'étaient ralliés à la doctrine du chirurgien lyonnais, dont les conceptions étaient devenues classiques pendant de longues années. De multiples communications à la Société de Chirurgie ont montré qu'en réalité une résection n'était jamais strictement sous périostée, et que volontairement ou non la rugine entraînait quelques fragments osseux, qui avaient un rôle de premier plan.

La résection sous cortico-périostée réalisée donnait des résultats excellents. L'ablation du seul périoste était un mythe, et Ollier lui-même devait certainement autrefois avoir enlevé avec sa rugine des fragments osseux pour obtenir les résultats admirables que ses élèves présentèrent bien des années plus tard au cinquantenaire de la Société de Chirurgie de Lyon.

Les résultats heureux de Leriche dans les résections de la hanche nous semblent dus surtout au fait, qu'au lieu de luxer et d'extraire la tête suivant la technique classique, il décollait laborieusement à la rugine toutes les insertions de la capsule en dépouillant le col fémoral, en refoulant le revêtement périostique, en pénétrant dans la couche osseuse même et en détachant un mince revêtement osseux adhérent à la face profonde du périoste.

Si les bons résultats ont été obtenus d'une façon générale par des chirurgiens qui ne se décidaient pas à faire une amputation que lorsqu'ils étaient contraints par les évènements, c'est qu'ils procédaient ainsi. Ils n'avaient

du reste rien inventé de nouveau et il est évident que les Moreau de Bar, qui au début du siècle dernier furent en France les premiers chirurgiens à pratiquer des résections n'avaient jamais fait une résection strictement sous-périostée.

Il est certain de toute façon que la pratique de la chirurgie de guerre a montré quels résultats excellents on pouvait obtenir dans la chirurgie articulaire par les résections réalisées de façon logique.

La guerre a permis d'étudier, sinon de mettre au point la question du shok traumatique. De multiples observations ont montré qu'il ne fallait pas faire rentrer dans cette catégorie les blessés présentant une hémorragie abondante, qui guérit rapidement, comme guérit une grossesse extra utérine avec inondation péritonale, dès le moment où la source de l'écoulement sanguin, que l'on fasse ou non une transfusion, est tarie.

Du shok dit traumatique, doivent être écartés les accidents à allure aiguë qui évoluent en quelques jours et non pas en quelques heures comme le shok vrai que nous avons tous observé dans les ambulances avancées.

Il semble bien que ce dernier, par les conditions dans lesquelles on l'a observé, fatigue, froid, hémorragie interne, multiplicité des blessures, soit dû à une intoxication partie de la plaie et dûe à la résorption de produits mis en liberté, l'autolyse des muscles, leur transformation sous l'influence des ferments proteolytiques, comme le mit en évidence Quénu. Phénomènes toxiques dûs peut-être à une désintégration azotée rapide des tissus traumatisés.

Ce n'est que secondairement, dans le cas où le blessé a survécu quelques jours que surviennent les phénomènes d'infection. La conclusion pratique est que, le traitement du shok, et celà est un enseignement que nous a appris

la guerre ne doit pas consister uniquement dans les mesures propres à réchauffer et à remonter le blessé. Qu'on le place dans une cellule surchauffée, qu'on lui injecte du sérum, de l'huile camphrée, celà est utile, mais le fait essentiel est d'aller rapidement supprimer la cause locale de l'intoxication, thérapeutique chirurgicale active, suppression du foyer traumatique, par amputation si on ne peut faire mieux, ou plutôt ablation des masses musculaires contuses, déchirées.

Le blessé est opéré malgré le shok, à cause du shok (Morestin) et on ne doit pas perdre en secours anodins et sans force réelle, le court espace de temps ou l'intervention rapide peut sauvegarder son existence.

L'utilisation de la sérothérapie a rendu de réels services et il est hors de doute que les injections préventives de sérum antitétanique, malgré leurs multiples inconvénients et leur danger certain, ont permis de sauver de nombreux blessés, sous condition que soit en même temps réalisée une intervention chirurgicale logique ; alors qu'aux heures de la Marne les décès par tétanos avaient présenté une terrible fréquence.

A partir de 1916, fut employé après les recherches de Vallée, de Weinberg, de Sacquépée, le sérum antigangréneux. L'utilisation des sérums polyvalents constitue une méthode qui s'est généralisée dans les dernières années de la guerre et doit rester dans la pratique civile.

Avant 1914, la transfusion du sang constituait une pratique exceptionnelle. L'utilisation du citrate de soude (Jeanbrau) empêchant la coagulation, permettait à tous de pratiquer des transfusions. Il s'agissait là d'une technique très ancienne, puisqu'au XVII[e] et au XVIII[e] siècle, les transfusions étaient pratiquées avec une telle fréquence que le

Parlement dû sévir et poser les indications techniques de ladite intervention.

Il faut relire le livre d'Heister, pour voir combien la chirurgie infusoire et transfusoire était développée, et comment, sans s'arrêter à la question des incompatibilités des groupes sanguins, nos ancêtres de l'Académie Royale, saignaient et transfusaient leurs clients.

La guerre a remis cette méthode à l'ordre du jour. Les médecins ont mis à l'appliquer une ardeur très chirurgicale, et on est vraiment stupéfait quand on lit quelques observations récentes de leur enthousiasme et surtout des quantités considérables de sang injecté par eux dans le système circulatoire de leurs contemporains.

Des appareils fort ingénieux ont vu le jour dans ces dernières années, beaucoup d'entre eux ont une fraternelle ressemblance avec ceux qu'imaginèrent les chirurgiens du XVIIIe siècle, et de la dernière moitié du siècle dernier.

VIII

EVOLUTION ET AVENIR DE LA CHIRURGIE

L'histoire n'est pas un luxe aimable de la connaissance, et nous pensons que l'étude de la chirurgie d'hier, peut nous donner quelque clarté sur ce que sera la chirurgie de demain.

Quand on veut, déclarait Hartmann, à la Séance inaugurale du Congrès français de 1922, se rendre compte de l'évolution chirurgicale de ces trente dernières années, la meilleure méthode est de relire les compte-rendus de la Société nationale et de l'Association française de chirurgie. Ceci est tout à fait exact, sous condition d'être complété par l'examen des travaux des sociétés provinciales ou de langue française.

En 1885, lors du premier Congrès, sont traitées : la question du pédicule dans l'hystérectomie, les indications des interventions sur le tube digestif. Dans les années qui suivent : discussions sur l'ablation de l'utérus fibromateux, les procédés d'hémostase, qui donnent lieu à des joutes oratoires violentes entre Péan, le beauceron aux larges épaules, dont la maîtrise incomparable devait être

reconnue par ses ennemis eux-mêmes, et Doyen, le rude lutteur aux yeux clairs.

Aux Congrès qui se succèdent chaque année, sont envisagés tour à tour, le traitement des annexites, la technique des interventions sur les voies biliaires, les indications de la splénectomie, le traitement de l'ulcus duodénal. Les chirurgiens qui voient leurs espoirs les plus audacieux réalisés sous le couvert de l'antisepsie, puis plus tard des méthodes aseptiques, enlèvent les tumeurs abdominales les plus volumineuses sans trop se soucier de leurs connexions.

C'est l'époque des gros moignons, qui déterminent des adhérences, provoquent des douleurs et parfois même des occlusions intestinales à évolution aiguë ou chronique. A ce moment, sous l'influence des chirurgiens disciples de Farabeuf et de leurs élèves, l'étude de l'anatomie viscérale permet de conclure qu'il n'est pas plus logique de faire l'hémostase d'un gros pédicule annexiel en une ligature stricte, qu'il n'est indiqué de lier en masse la veine, l'artère et le nerf satellite au cours d'une amputation.

Il est inutile de comprendre dans son surjet les replis péritonéaux avasculaires, puisque l'étude de l'anatomie a permis de situer le siège exact des vaisseaux. A l'heure même, où l'asepsie simplifie les rites compliqués de l'acte opératoire, on abandonne les dilacérations brutales du tissu cellulaire, on péritonise les surfaces cruentées, et la technique de l'hystérectomie se simplifie, se précise en des règles qui n'ont subi depuis lors que des modifications de détail.

Dans la chirurgie des voies biliaires, il est inutile d'aller droit au calcul, dangereux d'employer une incision transmésocolique, l'opérateur rompu aux strictes disciplines

anatomiques doit se rappeler que tout l'appareil biliaire est situé entre la face inférieure du foie et le colon transverse continué par son mésocolon jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen. S'il veut bien se souvenir, que la zone redoutable est tout entière comprise entre le foie et le transverse il va aborder la vésicule sans risquer d'infecter le péritoine libre. La connaissance des zones de coalescence du duodénum, permet de décoller les espaces avasculaires et de simplifier sa technique. L'étude de la disposition du système artériel du colon et l'anse iléo-pelvienne, ne donne-t-elle pas d'autre part l'explication de certaines gangrènes dans l'amputation du rectum.

Hartmann dans ce même exposé, avec l'enthousiasme d'un homme qui a vécu une période si belle et si féconde en résultats tangibles, conclut qu'il ressort de l'étude des progrès récents de la chirurgie, que l'anatomie est à la base de tout acte opératoire ; que le chirurgien doit être un anatomiste averti et qu'en diminuant la durée des études anatomiques au profit des recherches physiologiques, on ferait peut-être de grands savants, mais qu'on préparerait certainement une génération d'opérateurs détestables.

Cette affirmation comporte une réelle part de vérité mais nous paraît aujourd'hui trop absolue. Les chirurgiens anatomistes ont fait de grandes choses, mais n'est-ce pas justement parce que la chirurgie a obtenu dans cette voie le maximum de son rendement qu'elle doit s'orienter vers des destinées nouvelles.

Il faut être prudent quand, sur ce qu'on croit être la vérité, on apporte des conclusions d'apparence définitive et Hartmann lui-même ne rappelait-il pas que Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales* paru en 1822, déclarait que : « La chirurgie semblait avoir atteint, ou peu

s'en faut, le plus haut degré dont elle paraissait susceptible ; que les procédés étaient fixés et décrits avec une précision telle, qu'ils laissaient à peine quelque chose à désirer. » Le vieux maître de la Charité, qui achevait une vie tranquille à quatre-vingt ans, après avoir terminé son Traité dans sa soixante-dixième année, s'était lourdement trompé, et c'est une erreur qu'il ne faut pas commettre à nouveau.

Il n'est pas juste de dire que la chirurgie soit arrivée au sommet de sa courbe créatrice comme l'a écrit il y a quelques années un des maîtres les plus puissants de la chirurgie contemporaine, en s'appuyant sur des arguments plus précis que ceux du baron Boyer ou même ceux de Marjolin qui en 1836, affirmait avec énergie, dans l'*Encyclopédie des sciences médicales*, « que la médecine était parvenue au point de n'avoir presque plus rien à acquérir ». Conclusions audacieuses et moins sages que celles de Quesnay, qui en 1751 dans la préface du premier volume des *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, déclarait que : « Notre art devait s'enrichir par l'observation et l'expérience, qu'il n'y avait que les esprits superficiels qui pouvaient s'imaginer que les bornes de notre connaissance fussent les bornes de l'art et que la variété et la multiplicité des maux, offrait un champ trop vaste et trop inconnu pour que nous ne soyons chaque jour obligé sans cesse de nous frayer de nouvelles routes (1). »

La chirurgie, dans un essort magnifique, a donné des résultats tangibles qui ont dépassé toutes les espérances. Elle ne doit pas se stabiliser, mais évoluer et se transformer. Que ceux à qui seront remises un jour les destinées

---

(1) *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, t. I, chez Delaguette, Imprimeur, rue St-Jacques à l'Olivier, 1751.

de la chirurgie s'interrogent, et sortent quelque peu du maniement du bistouri pour approfondir ces questions de méthode qui dominent de si haut le bistouri et le scalpel, écrivait Malgaigne en 1858...

La période de réalisation, qui s'étend des vingt dernières années qui ont précédé la guerre à nos jours, a permis aux chirurgiens constructeurs, rompus aux disciplines scolastiques, de réaliser sous le couvert de l'antisepsie, puis de l'asepsie, les grandes interventions de la chirurgie viscérale ; mais il n'est pas illogique d'admettre que l'on peut obtenir des résultats supérieurs à ceux obtenus jusqu'ici.

Dans l'ordre de la technique opératoire et dans les conditions matérielles dans lesquelles nous intervenons, n'est-il pas possible d'apporter quelque amélioration ou quelque progrès réel... Quand on réfléchit, écrit Lambret, à l'extrême perfection de la mécanique industrielle ; quand nous voyons dans les usines, les masses les plus lourdes se mobiliser avec douceur et précision au point voulu, des machines-outils, comme mues par une intelligence supérieure accomplir les travaux les plus délicats, ne sommes-nous pas un peu en retard et vraiment la chirurgie suit-elle à la cadence le mouvement de son époque ? Salle d'opération, dans laquelle la table construite pourra s'adapter à toutes les positions. L'opérateur commandera à l'aide d'un clavier les mouvements à exécuter ; les compresses se présenteront automatiquement, l'aspirateur, le bistouri à haute fréquence, l'écran radioscopique seront à notre disposition, sans intermédiaire inutile. Anticipation qui sera peut-être la vérité demain et qui n'est nullement en contradiction avec la chirurgie simple.

Les idées simplistes sont celles qui se présentent à nous les premières, disait autrefois Richelot, les idées simples sont celles où mène l'expérience, un esprit judicieux brûle les étapes, le bon sens intervient pour hâter l'apprentissage. Chirurgie simple ne veut pas dire chirurgie simpliste.

Est-il téméraire de dire, que la transplantation d'organes qui a échoué entre les mains des techniciens les plus habiles, ne sera pas réalisable de façon pratique quelque jour ? La suture bout à bout des vaisseaux est théoriquement réalisable, facile même, mais elle détermine la formation d'une thrombose locale qui empêche la circulation. Alexis Carrel, en partant du principe que le maintien de l'intégrité absolue de la tunique interne constitue une condition essentielle pour empêcher la formation d'un caillot, substitue au fil de lin généralement employé, un fil de soie d'une extrême finesse, monté sur une aiguille de tout petit calibre, les sutures ménagent l'endothélium vasculaire, le succès expérimental est absolu, la suture artérielle est maintenant réalisable et permet de concevoir la possibilité de transpositions organiques avec une circulation normale.

Ne pouvons-nous pas opérer, en suivant un clair concept latin, sans rejeter l'appui d'un appareil instrumental suffisamment perfectionné pour répondre aux besoins du moment.

Il n'est pas juste d'admettre, que la technique opératoire soit arrivée au maximum de son rendement. Ne voyons-nous pas chaque jour conseiller des méthodes nouvelles, apparaître des progrès incontestables dans le domaine de la chirurgie thoracique, de la chirurgie orthopédique et dans celle du système neuro-végétatif ? N'est-ce pas à

Strasbourg, hier, qu'a été démontré qu'un traumatisme cranien produit à la périphérie peut retentir jusqu'au niveau du ventricule et déterminer une hémorragie avec caillot, celui-ci vient obturer l'aqueduc de Sylvius, causant alors une distension rétrograde des ventricules moyens et latéraux, que la ponction peut éviter. La résection de l'arc postérieur de l'atlas, d'autre part, et le drainage rachidien haut réalisés avant que ne soit dépassée l'heure opératoire, ne permettent-ils pas d'atténuer les accidents redoutables dus au blocage cérébelleux ?

La physiologie ne vient-elle pas de nous apprendre que les glandes para-thyroïdes, sont les régulatrices de la calcémie, et que leur rôle paraît aussi précis que celui du pancréas dans la glycémie. Les maladies caractérisées par la déficience du calcium, l'ostéomalacie, certaines polyarthrites, sont dues à un trouble de la fonction des parathyroïdes qui entraîne des déductions chirurgicales immédiatement tangibles.

Il faut certes, se garder des enthousiasmes ardents, dans cette chirurgie des glandes endocrines, se souvenir avec Mauriac, que rien n'est simple en biologie, et que la simplicité dont se parent certaines théories pour mieux déduire, doit nous les rendre suspectes. Dans le seul extrait post-hypophysaire, n'a-t-on pas dissocié un produit oxytocique, un produit diurétique, un produit hypertenseur... Le pancréas qui donne l'insuline, secrète aussi la trypsine antagoniste. Le sang, doué d'un pouvoir glycolytique important, ne neutralise-t-il pas d'autre part, dans certaines conditions, l'action de l'insuline...

Chirurgie d'avant-garde, sans doute, mais pleine de promesses, que celle du système neuro-végétatif.

Il n'est pas illogique d'admettre, que l'angine de poi-

trine tire son origine d'un trouble de vascularisation du myocarde, qui détermine un réflexe viscéro-sensitif et vaso-moteur. Le sympathique intervient en provoquant un paroxysme douloureux par les modifications vaso-motrices qu'il détermine au niveau du myocarde, et en servant de voie de conduction au réflexe qu'il a provoqué. Il est donc possible d'agir sur la douleur de façon utile, soit en extirpant le ganglion étoilé, ou en sectionnant quelques filets du sympathique cervical. Interventions audacieuses, mais logiques en leur principe, et basées sur les données de l'expérimentation.

Leriche paraît sévère, en déclarant que la chirurgie ne nous place pas sous le domaine de l'esprit, parce qu'elle doit rester un art manuel, et qu'elle ne nous prépare pas aux évolutions intellectuelles ; mais il est un fait évident, c'est que la pensée et l'éducation du chirurgien nous semblent devoir être modifiées.

Si mon maître et ami Pierre Duval a tort, je pense, en méprisant les dons de l'habileté manuelle, qu'il possède cependant lui-même à un degré élevé, en les jugeant néfastes pour l'exécution d'une technique parfaite, il me paraît avoir entièrement raison quand il déclare, d'autre part, qu'à tout acte chirurgical il faut une base biologique solide reposant sur l'expérimentation (1). Un stage suffisant, dans un laboratoire de physiologie, doit être le complément des études anatomiques, et de l'entraînement manuel indispensable que donne la médecine opératoire. C'est là une vérité première, sur laquelle, sans être suivi, avait autrefois insisté Tuffier.

---

(1) Pierre Duval, *Discours inaugural du Congrès français de Chirurgie*, 3 octobre 1932.

Le chirurgien de demain ne saurait être l'automate que redoute Duhamel ; mais il saura pous le plus grand bien de ses opérés, profiter des bienfaits du machinisme, que sous un ciel latin, ne peut exclure de façon absolue ni l'humanisme, ni la bonté.

Celui-là seul sera préparé de façon utile, pour la lutte contre la souffrance et la misère humaine, qui voudra bien se souvenir que son éducation doit reposer sur l'anatomie, la physiologie et la clinique. Le jour où il aura à prendre une décision, d'où dépendra la vie ou la mort, il sera digne du beau titre de Maître en chirurgie, que donnaient à leurs élèves nos grands ancêtres de l'Académie royale, si après s'être entouré des garanties que donne un diagnostic précis, il opère en anatomiste en partant d'un concept physiologique.

Les conditions de l'exercice de notre profession, sont certes bien différentes de ce qu'elles étaient à l'époque heureuse où vivaient le baron Dupuytren et le chevalier Richerand, mais aussi toutes autres de ce qu'elles étaient il y a seulement vingt ans.

Dans les âpres débats de la vie moderne ; dans le rude combat de chaque jour, le chirurgien devra être puissamment armé, s'il ne veut demeurer un manœuvre, le serviteur de la main.

Il semble bien, à l'heure actuelle, que la création d'un doctorat en chirurgie ou de tout autre titre équivalent s'impose, qui ne saurait être accordé qu'après des garanties sévères, et suivant une formule qui, en pratique, paraît assez difficile à établir.

Le jour où le malade et surtout son entourage, sauront qu'ils se remettent entre les mains d'un chirurgien professionnel, dont la valeur technique aura été reconnue par

ses maîtres et ses pairs, et non plus sanctionnée par un vague diplôme de la faculté, qui lui permettra de tout oser à l'abri de son parchemin polyvalent, peut-être verrons-nous moins de ces revendications des opérés, qui rendent si douloureuses et dangereuses pour les jeunes la pratique honnête et normale de la chirurgie.

Le public nous juge bien à tort parfois, et la réputation vient souvent plus vite à ceux qui ont eu quelques succès, et qui le font savoir, qu'aux hommes modestes et qui possèdent un mérite véritable que ne proclament pas les échos complaisants de la renommée.

Il n'y a rien de plus effroyable que l'ignorance agissante (Goethe).

Il n'en n'est pas moins vrai que dans cette idée de la foule, il y a un élément juste ou tout au moins un élément qui s'explique. La chirurgie est devenue pour le public une réalité tangible qui fait partie de la vie de chaque jour. Le chirurgien n'est plus un être mystérieux, le démiurge qui avait banni la douleur et dont la figure redoutable s'estompait autrefois pour les malades dans le sanctuaire de silence et de lumière de la salle d'opération. Demos, qui aime briser ses idoles, le sent proche de lui. Il en a besoin certes, sa reconnaissance est parfois bruyante ; mais il le considère comme directement responsable du résultat obtenu.

La chirurgie peut et doit s'assimiler les méthodes issues du laboratoire, en reculant devant elle sans doute ; mais surtout en se les associant. Symbiose féconde en résultats proches. Le chirurgien restera un ouvrier habile, épris de la beauté suprême de son geste ; mais il devra se persuader que ses résultats seront fonction, non seulement de sa propre technique mais de ses connaissances biologiques

et des enseignements qu'il aura appris dans le laboratoire de physiologie et au lit du malade.

Il ne saurait ainsi, demeurer le manœuvre de son art magnifique, mais il pourra poser à l'heure utile une indication précise, et saura s'il faut, à bon escient, retourner sept fois son bistouri dans sa main. A cette condition seulement il ne saurait demeurer le bras séculier de la médecine, le condottiere qui attriste Leriche.

Certes celui-là, longtemps encore peut-être, fera un geste de beauté bienfaisante, qui avec une méthode réglée, exécutera une de ces grandes entreprises de la chirurgie abdominale, comme l'exérèse d'un cancer de l'utérus ou de l'intestin ; mais il ne le fera que jusqu'au jour éclatant de lumière ou la guérison du cancer, sortira d'un laboratoire méthodiquement organisé ou du concept génial d'un médecin inconnu.

INDEX DES NOMS D'AUTEURS

E

F

G

H

I

J

K

L

S

T

V

W

Z

TABLE DES MATIÈRES



Imp. G. Thone, Liège (Belgique)

